

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ELENA HUNT

LE SOUTIEN SOCIAL ET LA VIOLENCE CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES
DE TROUBLES MENTAUX GRAVES

Janvier 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (PHD)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LE SOUTIEN SOCIAL ET LA VIOLENCE CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX GRAVES

PAR
ÉLENA HUNT

Gilles Côté, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Marc Daigle, évaluateur à l'interne

Université du Québec à Trois-Rivières

Françoise Lavallée, évaluateur à l'interne

Université du Québec à Trois-Rivières

Caroline Larue, évaluateur externe

Université de Montréal

Sommaire

Phénomène complexe, la violence est souvent associée à la présence de maladie mentale. Les personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis un acte de violence sont pris en charge soit par le système de santé, soit par le système juridique. En vue de la libération, les professionnels de la santé sont appelés à évaluer le risque de comportements violents; cette évaluation repose sur des facteurs historiques, cliniques et contextuels de vie tel le soutien social. Cependant, le lien entre le soutien social et la violence n'est pas facile à saisir bien que, intuitivement et empiriquement, il est associé à une meilleure santé physique et mentale. Une bonne compréhension du lien entre le soutien social et la violence est importante, tant pour l'estimation correcte du risque de violence que pour la conception d'interventions efficaces. Selon l'hypothèse émise dans cette étude, il existe des groupes de personnes aux modes de fonctionnement spécifiques identifiés à partir du niveau de soutien et de conflit dans les relations interpersonnelles, de l'étendue du réseau de soutien, du niveau de fonctionnement, de la présence d'un trouble mental grave, d'un trouble de la personnalité, de problèmes d'alcool ou de drogues et du comportement violent. Dans le but de vérifier cette hypothèse, une analyse de l'association entre le soutien social et la violence a été réalisée à l'aide d'un échantillon de personnes atteintes de troubles mentaux graves recrutées dans différents établissements carcéraux ou hospitaliers de quatre régions administratives du Québec. Les variables à l'étude ont été mesurées au moyen d'instruments administrés durant les entrevues avant la libération des participants (temps 1) ainsi que deux ans après la libération (temps 2). L'analyse des correspondances multiples a permis l'identification

de cinq profils selon les différentes caractéristiques personnelles et cliniques considérées. Le lien le plus important entre le soutien social et la violence a été identifié auprès d'un groupe constitué principalement de personnes atteintes de troubles de l'humeur associés à un problème d'alcool ou de drogues; le réseau de soutien est relativement étendu mais les relations y sont conflictuelles. Une attention particulière doit être portée au profil de chacun des sous-groupes incluant toutes les caractéristiques à l'étude, car le fait d'aborder l'étude de l'échantillon dans son ensemble par une variable ou une autre ne peut pas en soi démontrer un lien entre le soutien social et la violence. Le profil permet de tirer des conclusions qui ne pourraient être soutenues lorsque les variables sont considérées individuellement. La stratégie d'analyse a permis de préciser le lien entre le soutien social et la violence; elle a aussi permis d'identifier les divers aspects ou facteurs en interaction pour un sous-groupe d'individus donné, fournissant dès lors, des cibles d'intervention.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	6
Lien entre les troubles mentaux et le comportement violent	7
Évaluation du risque de comportement violent	12
Soutien social	13
Soutien social et santé	14
Définir le soutien social	19
Préciser le concept de soutien social	21
Mesurer le soutien social	23
Définir et mesurer la violence	29
Lien entre soutien social et violence	31
Hypothèse	36
Méthode	37
Échantillon	38
Déroulement	40

Instruments	41
Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)	41
Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	41
Inventaire des relations interpersonnelles (IRI)	42
Grille de la violence	47
Analyses	49
Résultats	54
Variables et dimensions (axes)	52
Sous-groupes	61
Caractéristiques du sous-groupe 1	63
Caractéristiques du sous-groupe 2	66
Caractéristiques du sous-groupe 3	68
Caractéristiques du sous-groupe 4	71
Caractéristiques du sous-groupe 5	73
Discussion	77
Limites de l'étude	86
Forces de l'étude	87
Conclusion	89
Références	92

Liste des tableaux

Tableau

1	Répartition des participants selon leurs contacts avec les membres du réseau de soutien	44
2	Fréquence des contacts des participants avec des membres du réseau de soutien au temps 1 et au temps 2	46
3	Profils variables utilisés dans l'analyse des correspondances multiples	54
4	Répartition de l'inertie ajoutée par les axes identifiés selon Greenacre et Benzécri	55
5	Contribution des profils variables à la définition des axes	57
6	Répartition des participants en sous-groupes	62
7	Caractéristiques du sous-groupe 1 (n=27)	64
8	Caractéristiques du sous-groupe 2 (n=38)	67
9	Caractéristiques du sous-groupe 3 (n=51)	70
10	Caractéristiques du sous-groupe 4 (n=21)	72
11	Caractéristiques du sous-groupe 5 (n=20)	74
12	Tableau récapitulatif des caractéristiques statistiquement significatives des sous-groupes.....	76

Liste des figures

Figure

1	Interaction entre santé physique, santé mentale et soutien social	17
2	Modalités représentées sur axes 1 et 2	58
3	Modalités représentées sur axes 1 et 3	59
4	Modalités représentées sur axes 2 et 3	60
5	Graphique du coude – Choix du nombre de classes	61

Remerciements

Cette thèse constitue le fruit d'une collaboration de la part de plusieurs personnes et organismes. Tout d'abord, je dois souligner le soutien et l'encouragement du directeur de ce projet d'envergure, Dr. Gilles Côté qui, par ses compétences, son attention et son humour, a stimulé mon intérêt pour la recherche et maintenu mon esprit ouvert. Il m'a vue apprendre, grandir et m'épanouir.

Je remercie le comité formé des docteurs Marc Daigle et Françoise Lavallée. Dr. Daigle m'a aidé par des conseils précieux, rigoureux et réalistes tandis que Dr. Lavallée a montré sa grande disponibilité et générosité. Je remercie également Jean-François Allaire pour son soutien statistique toujours diligent.

Le Consortium National de Formation en Santé a offert un soutien financier important lors de mes déplacements; mes collègues de l'Université Laurentienne ont souvent offert leur appui moral et m'ont aidé à remanier mes tâches d'enseignement afin de me permettre d'accomplir le travail doctoral.

Je ne pourrais pas passer sous silence la patience et la persévérance de mon époux, mon grand partenaire sur le chemin de la connaissance et de l'amour. En dernier, je dédie cette thèse à ma mère qui n'a pu voir que le début de cet effort. Elle m'a insufflé l'énergie et la passion de poursuivre mes rêves en toute liberté.

Introduction

La violence est un phénomène répandu qui se diversifie constamment. Selon Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio (2002), à l'année 2000 et à l'échelle mondiale, 1,6 million de personnes ont perdu la vie par violence infligée ou par suicide. En général, le phénomène de la violence est une caractéristique souvent associée au sexe masculin, à la période de jeunesse ou de l'âge adulte et à certains troubles mentaux. En effet, la violence sera davantage reconnue comme un symptôme de troubles mentaux dans le DSM-V, en 2013 (American Psychiatric Association, 2011).

Nul n'est à l'abri de la violence dont la prévalence atteint toujours des cotes importantes. Au Canada, à l'année 2009, il y a eu 443 000 crimes violents (Statistique Canada, 2010). Parmi les crimes violents sont considérés l'homicide (610), la tentative de meurtre (806), l'agression sexuelle (20 931), la voie de fait (251 988), le vol qualifié (32 239), le harcèlement criminel (20 007) et les menaces (78 407).

Ces données ne représentent probablement qu'une partie des affaires de violence, car les données de l'Enquête sociale générale de 2004 sur la victimisation ont permis de déterminer que de nombreuses victimes de violence ne signalent pas ces mauvais traitements à la police. Les données statistiques sur la violence sont ainsi inquiétantes et demandent une attention particulière, notamment en raison de l'impact de la violence sur

la santé physique et mentale des victimes et des répercussions sur les personnes ayant commis les actes violents. De plus, les effets de la violence, soit-elle autodirigée, interpersonnelle ou collective, sont énormes; ils constituent un fardeau social et économique pour tous les membres de la société (Douglas, Guy & Hart, 2009).

Un regard plus attentif sur ceux qui manifestent des actes de violence dévoile une certaine association entre la violence et la présence de maladie mentale (Douglas, Guy & Hart, 2009; Monahan, 1992; Mulvey, 1994; Silver, 2006). D'ailleurs, le lien entre les troubles mentaux graves et le comportement violent est maintenant bien établi à l'aide de plusieurs types d'études publiées dans la littérature scientifique depuis les vingt dernières années. En guise d'exemple, la prévalence des troubles mentaux graves est plus élevée parmi la population incarcérée que dans la population générale (Hodgins & Côté, 1991). Les différences pourraient s'expliquer par le déplacement des patients atteints de troubles mentaux graves en raison de la désinstitutionalisation, offrant aux malades mentaux une vie en communauté, souvent sans recours aux soins communautaires nécessaires, ce qui les amène à entrer en contact avec le système de justice, du fait qu'ils ne reçoivent pas les services auxquels ils ont droit dans le système de santé.

Certaines études suggèrent que l'association entre la maladie mentale et la violence est favorisée par le contexte plus large de la double problématique, voire d'un trouble mental accompagné de consommation d'alcool, de drogues ou de trouble de la

personnalité antisociale (Elbogen & Johnson, 2009). Dans cette perspective, le phénomène de la violence chez le malade mental souffrant également d'alcoolisme ou de toxicomanie devient complexe, d'autant plus que d'autres facteurs d'ordre social s'y ajoutent pour influencer le risque de récidive. Un des facteurs sociaux et contextuels de vie associés au risque de violence est le soutien social. Quoiqu'il apparaisse important comme facteur de protection contre la violence (Estroff et al., 1994), peu d'études le confirment empiriquement. Ainsi, le lien entre le soutien social et la violence n'est pas suffisamment exploré, ni compris.

Pour chacune des associations entre la violence et les différentes autres caractéristiques des personnes atteintes de troubles mentaux, la littérature scientifique offre des résultats incohérents, parfois même contradictoires, peut-être en raison de l'approche adoptée lors de la conception méthodologique des études. Les études abondent dans le sens de l'utilisation des analyses linéaires qui prennent en considération les tendances centrales. Malgré leur utilité incontestable, ces analyses ne peuvent pas capter la réalité des individus qui se distancent des tendances centrales; elles ne s'appliquent qu'aux échantillons homogènes. Il est cependant concevable de considérer un ensemble de caractéristiques qui forment une structure spécifique aux individus qui s'écartent des moyennes. Ce nouveau regard pourrait entraîner une meilleure connaissance du fonctionnement des individus aux prises avec un trouble mental, à risque de manifester un comportement violent (Joyal, Côté, Meloche & Hodgins, 2011).

Le présent projet a pour but d'explorer le lien entre le soutien social et la violence à la lumière d'autres caractéristiques individuelles, à l'aide d'une nouvelle approche statistique susceptible de s'agencer avec la pensée clinique qui place l'individu avant la variable. Une meilleure compréhension du lien entre le soutien social et la violence pourrait ainsi améliorer notre conception de pistes d'interventions efficaces et individualisées.

Contexte théorique

Lien entre les troubles mentaux et le comportement violent

Il existe depuis longtemps une perception générale voulant que les personnes atteintes de troubles mentaux soient plus violentes que celles de la population générale dans toutes les sociétés; les historiens rapportent que cette perception se retrouvait même dans l'antiquité grecque et romaine.

Néanmoins, selon Monahan (1992), il est important de faire une distinction entre la perception de la population en général, celle des professionnels de la santé mentale et celle issue de travaux scientifiques. Cette distinction est importante en raison de l'impact de l'existence d'une association entre la maladie mentale et la violence sur l'élaboration de lois et de politiques concernant les personnes atteintes de troubles mentaux. De plus, elle influe sur l'allocation des fonds dans les systèmes de santé et de justice, sur les attitudes et les croyances du public envers les personnes souffrant de maladie mentale. En guise d'exemple, Link, Cullen, Frank et Wosniak (1987) rapportent que les personnes qui ne perçoivent pas de lien entre les troubles mentaux et la violence sont plus disposées à accepter une personne ayant été hospitalisée pour un trouble mental comme voisin ou collègue de travail, tandis que celles qui associent trouble mental et violence sont portées à se distancer des personnes présentant un trouble mental. Ces résultats reflètent l'impact de la perception populaire sur l'attitude sociale à

l'endroit des personnes souffrant de maladie mentale. Dans le même sens, dix ans plus tard, Phelan et Link (1998) rapportent un nombre croissant d'individus qui soutiennent que les personnes atteintes de maladie mentale sont dangereuses. Link, Phelan, Bresnahan, Stueve et Pescosolido (1999) confirment l'existence de ce stéréotype en plus de la tendance à garder une distance ou à s'éloigner des personnes atteintes de troubles mentaux.

La littérature scientifique a déjà rapporté des résultats contradictoires à l'égard de l'association entre la maladie mentale et la violence. Plusieurs études (Bonta, Law & Hanson, 1998; Link, Andrews & Cullen, 1992; Teplin, 1985) n'ont pas pu confirmer un lien entre ces aspects. Au cours des années 1990, de nouvelles hypothèses sur la relation entre les troubles mentaux et la violence ont été avancées. Certains chercheurs qui s'étaient prononcés sur l'absence d'une relation entre la maladie mentale et la violence ont signalé un changement d'opinion devant les nouvelles évidences empiriques qui soutiennent l'existence d'une relation significative et positive entre la présence de maladie mentale et le comportement violent (Monahan, 1992).

Les études qui comparent le comportement violent des personnes atteintes de troubles mentaux, vivant dans la collectivité, avec le comportement des personnes ne souffrant pas de troubles mentaux, permettent d'observer un risque plus élevé de comportements violents chez ceux atteints de troubles mentaux (Modestin, Hug & Ammann, 1997). De plus, Côté et Hodgins (1992), Eronen, Hakola et Tiihonen (1996),

Evans et Malesu (2001), Koh, Peng, Huak et Koh (2005), Watzke, Ullrich et Marneros (2006) ont observé une prévalence plus élevée de troubles mentaux graves parmi les détenus homicides que parmi les autres détenus. D'une autre manière, les études de cohortes de naissance, qui comparent la criminalité des personnes avec ou sans troubles mentaux graves, démontrent qu'un pourcentage plus élevé de personnes atteintes d'un trouble mental grave ont un comportement violent, comparé à la population générale (Hodgins, 1992; Hodgins, Mednick, Brennan, Schulsinger & Engberg, 1996; Stueve & Link, 1997).

Plus récemment, Silver, Felson et Vaneseltine (2008) soulignent la difficulté de confirmer un lien causal entre la maladie mentale et la violence, étant donné que les deux problèmes partagent plusieurs facteurs de risque tels l'âge, le sexe, le statut socio-économique, l'abus physique ou sexuel, les événements stressants, le manque de soutien social et l'abus de substances psychoactives. Bien que beaucoup de personnes souffrant de troubles mentaux ne soient pas violentes, elles courent un risque plus élevé d'être violentes que celles qui ne sont pas atteintes de ces troubles, compte tenu des facteurs comorbides démographiques, historiques, cliniques ou contextuels mentionnés (Silver, 2006).

En définitive, le manque de consensus au sujet du lien existant entre les troubles mentaux graves et la violence exige un regard attentif sur les caractéristiques cliniques et non-cliniques des personnes atteintes de troubles mentaux graves quant au risque

d'afficher un comportement violent. En effet, la maladie mentale, à elle seule, n'est pas nécessairement liée à la violence, car ce ne sont pas toutes les personnes souffrant de troubles mentaux qui présentent un comportement violent (Elbogen & Johnson, 2009; Hodgins, Bergman, Cairns, Nilsson & Nystedt, 2000; Monahan, 2008). D'autres facteurs que la présence de maladie mentale grave influencent également le comportement violent, entre autres la présence de co-diagnostic d'abus/dépendance d'alcool ou de drogues (Côté & Hodgins, 1990; Rao, Luty & Trathen, 2007; Steadman, Mulvey, Monahan, Robbins, Appelbaum, Grisso & al., 1998). Selon Martin et Bryant (2001), l'abus d'alcool augmente le risque de délits violents contre les personnes, tandis que l'abus de drogues est associé aux délits comportant une atteinte à la propriété privée.

Certains troubles mentaux graves, comme la schizophrénie, augmentent le risque de violence (Estroff, Zimmer, Lachicotte & Benoit, 1994; Schanda et al., 2004; Shaw et al., 2006; Volavka, Laska, Baker & Meisner, 1997; Woodward, Nursten, Williams & Badger, 2000), bien que Quinsey, Harris, Rice et Cormier (2006) observent une association négative entre les deux. Par ailleurs, l'étude cas-témoin de Modestin et Ammann (1996), auprès de 282 participants souffrant de schizophrénie, indique cinq fois plus de délits violents commis par le groupe de patients que par le groupe de la collectivité. Selon Rao et al. (2007), la prévalence de la schizophrénie est significativement plus élevée dans un groupe violent (n=140) que dans un groupe non-violent de comparaison (n=319).

Tiihonen, Isohanni, Rasanen, Koiranen et Moring (1997) rapportent également un risque de violence sept fois plus élevé chez les personnes souffrant de schizophrénie, et trois fois plus élevé chez les personnes souffrant de psychose, que dans la population générale, dans une étude menée auprès d'une cohorte de naissance en Finlande. La perspective du lien entre la présence de psychose et la violence a été explorée par d'autres auteurs également (Appelbaum, Robbins & Monahan, 2000; Monahan et al., 2001).

Dans le but de faire le point sur l'état des connaissances au sujet de l'association entre les troubles mentaux et la violence, Douglas et al. (2009) ont publié une méta-analyse importante qui met l'accent sur la psychose en particulier. Les résultats de 204 études provenant des données de 166 échantillons ont été compilés pour conclure que la psychose augmente la probabilité de la violence de 49 % à 68 %. Cependant, un lien causal n'a pas été établi entre les deux variables et les auteurs soulignent la présence possible de co-variables qui expliqueraient l'association observée. Certaines de ces variables sont la présence d'un événement stressant, le manque de soutien social, des traits particuliers de la personnalité ou un problème d'alcool ou de drogues.

D'autres caractéristiques pouvant contribuer à la relation entre la maladie mentale et le comportement violent incluent, plus spécifiquement, la qualité des relations interpersonnelles (Swanson et al., 1998) et la présence du trouble de la personnalité antisociale (Côté & Hodgins, 1990; Hodgins et al., 1996; Howard, Huband, Duggan &

Mannion, 2008; Monahan, Pinard & Pagani, 2001; Putkonen, Kotilainen, Joyal & Tiihonen, 2004).

Évaluation du risque de comportement violent

Les cliniciens ont essayé d'évaluer le niveau de risque de violence, notamment chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Deux approches se sont développées, soit une approche actuarielle et une approche clinique. L'approche actuarielle, essentiellement statique, évalue le niveau de risque de comportements violents en se basant sur des données sociodémographiques ou historiques. Ainsi le Violence Risk Appraisal Guide ou VRAG (Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 1998), composé de 12 items, prédit le comportement violent en s'appuyant principalement sur une probabilité statistique (Côté, 2001) en prenant en considération, entre autres, les données sociodémographiques, le score sur l'échelle de psychopathie de Hare, l'historique de comportements violents ou délinquants et la présence d'une maladie mentale. Toutefois, l'approche actuarielle ne prend pas en considération d'autres facteurs de risque qui peuvent s'avérer importants dans la prédiction du comportement violent. Estroff et Zimmer (1994) soulignent que la structure et la nature de la relation d'un individu avec les autres, ainsi que l'expérience subjective et l'état clinique actuel s'ajoutent à l'histoire personnelle (facteur historique) pour prédire les comportements violents et identifier la victime potentielle.

L'approche clinique, plus dynamique et personnalisée, estime le risque de comportement violent pour un individu donné, dans un contexte donné et selon un temps donné. Ainsi, le Historical-Clinical-Risk-20 (HCR-20) (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997) joint aux facteurs historiques cinq facteurs cliniques présents (dont l'état clinique actuel et l'observance thérapeutique) et cinq facteurs faisant référence au contexte et à l'environnement de l'individu (dont les facteurs de stress à venir et le plan de traitement). Les cinq derniers facteurs incluent notamment le manque de soutien personnel et social. Le soutien social peut avoir une influence sur d'autres indicateurs de gestion de risque, particulièrement sur l'observance des mesures curatives, sur la prise en charge lors des rechutes, sur la perception ou la réduction des facteurs de stress externes. Dans cette perspective, le soutien social devient un facteur de protection contre le comportement violent.

Soutien social

Le soutien social est un facteur important dans l'évaluation du risque de comportements violents et un des facteurs susceptibles d'être modifié au présent, par rapport à d'autres facteurs immuables tels l'historique de la maladie ou les données sociodémographiques. Puisque la structure et la qualité du soutien social peuvent être amendées en vue de fournir l'appui nécessaire aux personnes souffrant de maladie mentale et ainsi prévenir le comportement violent, il importe de mieux comprendre le soutien social et ses caractéristiques.

Le soutien social existe de tout temps entre les humains, ne serait-ce que sous forme de parentalité ou d'amitié; il est sous-entendu (Brugha, 2007) et, plus ou moins consciemment, l'humanité s'y est appuyée depuis toujours. Quant au concept du soutien social qui préoccupe les auteurs depuis plusieurs décennies, House (1981) remarque : « Le soutien social est du vieux vin dans une nouvelle bouteille ». Il a connu son véritable essor théorique, conceptuel, y compris au plan des interventions, dans la deuxième partie du 20^e siècle, d'une part au niveau individuel, entre autres par la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969) qui reconnaît l'importance de l'autre pour son développement, d'autre part, au niveau public par l'émergence des programmes de soutien instrumental (ex. : l'assistance sociale) et émotionnel (ex. : groupes de soutien) (Lin & Dean, 1984). Ce développement théorique et pratique découle de l'importance du soutien social et de sa relation avec la santé des individus. Cependant, ce lien n'est pas toujours facile à démontrer empiriquement et la prochaine section considère les études qui se penchent sur le lien entre le soutien social et la santé physique et mentale.

Soutien social et santé

Depuis les années 1970, une grande partie de la littérature scientifique démontre l'intérêt croissant porté à la relation entre la santé physique, psychologique et l'environnement social, plus spécifiquement le soutien social (Barrera, 1986; Cohen & Syme, 1985a; Gottlieb, 1983; House, Landis & Umberson, 1988; Marmot & Wilkinson, 2006). Selon Pearson (1986), des relations sociales qui soutiennent la personne, des réseaux sociaux efficaces, offrent une valeur thérapeutique pour la santé physique et

mentale, tout en facilitant l'adaptation. En effet, parmi les douze déterminants de la santé, le soutien social détient une place importante quant à son influence sur l'état de santé : au Canada, le soutien social est considéré un indicateur de santé non-médical des Canadiens (Statistics Canada, 2008). Cohen (1988) souligne l'apport du soutien social à une meilleure santé par le biais de mécanismes tels la suppression de la tristesse, le meilleur fonctionnement du système immunitaire ou la promotion de bonnes habitudes de vie.

À titre d'exemple, les philosophes, les psychiatres et les sociologues qui ont abordé la question du suicide ont attiré l'attention sur l'intégration sociale comme variable essentielle pour comprendre ce phénomène. Pour eux, « plus on appartient, moins on se suicide ». Autrement dit, plus le réseau social d'une personne est étendu, plus elle a de chances de trouver une oreille attentive à son désarroi, et moins elle va aller jusqu'au suicide.

À la fin du siècle dernier, le sociologue français Émile Durkheim avait constaté que le taux de suicide des célibataires était plus élevé que celui des veufs et nettement supérieur à celui des hommes mariés. L'intégration dans un groupe qu'offre la famille semble donc diminuer les risques de suicide. De même, la progression du taux de suicide avec l'âge coïncide avec la fin de l'activité professionnelle (Durkheim, 1897).

Cohen, Underwood et Gottlieb (2000) expliquent l'effet du soutien social sur la santé à travers deux types de processus. Le premier se traduit par l'apport ou l'échange émotionnel, informationnel ou instrumental de ressources répondant à un besoin spécifique. Ce besoin est souvent relié à une situation stressante aiguë ou chronique tels la maladie, le deuil, la crise de développement ou la dépendance. Le deuxième se traduit par les interactions, les relations avec des personnes ou des groupes, sans intention explicite de pourvoir de l'aide; les autres peuvent influencer les émotions, comportements et réponses biologiques d'une manière favorable à la santé par le biais des interactions indirectes, sans expressément offrir de l'aide ni de soutien. Par exemple, les relations sociales qui influencent la santé sont celles qui ont un effet sur le concept de soi, sur l'estime de soi ou sur le contrôle de soi ou bien celles qui guident la conformité avec les normes sociales. Ce deuxième genre de soutien social, sans intention explicite de répondre à un certain besoin, peut être imperceptible. Par exemple, une personne mariée reçoit du soutien de son conjoint sans s'en rendre compte, mais au moment où un stresser apparaît, le soutien agit comme protecteur contre les effets néfastes. Ces personnes ne rapporteront ni le soutien ni le stresser à leur juste nature puisqu'elles perçoivent ce dernier moins menaçant en raison du soutien social protecteur (Tousignant, 1992). Dans le cas de la santé mentale, le soutien social régularise les réponses du système nerveux et prévient des réponses inadaptées associées au dysfonctionnement ou à la désorganisation. La régularisation se crée par la communication des attentes, des normes appropriées, des récompenses, des conséquences et de l'aide pour composer avec les difficultés.

Le lien entre le soutien social et la santé mentale est encore mieux établi que celui du soutien social avec la santé physique. Ce lien est reconnu par les cliniciens puisque même le portrait clinique d'une personne ayant des problèmes de santé mentale inclut, à l'axe IV du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition (American Psychiatric Association, 1994), les difficultés possibles quant au soutien familial, social ou professionnel. Ce système souligne également l'interaction entre la santé mentale, le soutien social et la santé physique où chacun des éléments peut jouer le rôle médiateur entre les deux autres, tel qu'illustré dans la figure 1.

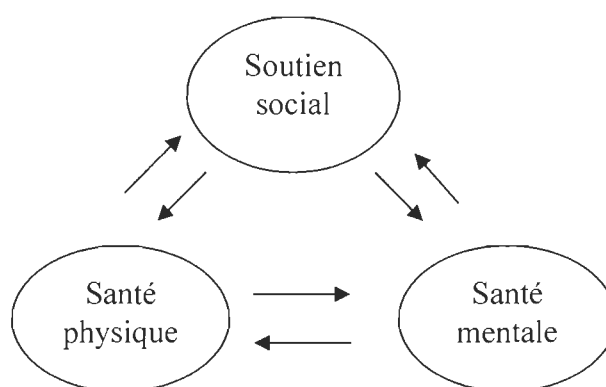


Figure 1. Interaction entre santé physique, santé mentale et soutien social

Jacoby et Kozie-Peak (1997) rapportent une relation positive entre le soutien social accordé aux délinquants atteints de maladie mentale d'une part et la satisfaction de vie et l'état de santé d'autre part. Dans le même sens, Barry et Zissi (1997) suggèrent que le réseau social est associé à une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de maladie mentale. Bengtsson-Tops et Hansson (2001) rapportent aussi une association

positive entre la satisfaction des liens sociaux et la qualité de vie chez les personnes souffrant de schizophrénie.

L'état de santé et son lien avec le soutien social peuvent être également perceptibles à travers l'utilisation de services. Ten Have, Vollebergh, Bijl et Ormel (2002) rapportent que les personnes touchées par un trouble mental utilisent les services médicaux trois fois plus que celles touchées par des troubles physiques divers. Par contre, le nombre de personnes qui consultent pour un problème de santé mentale augmente de 30 % si la personne vit seule et de 80 % si la personne perçoit un soutien social faible.

Cependant, un réseau social étendu ou un contact social plus fréquent n'est pas toujours associé à une amélioration de la santé (Cohen & Wills, 1985; Schwarzer & Leppin, 1989). Le soutien social peut être parfois source de conflit (Tilden, Nelson & May, 1990); il a alors un effet néfaste sur la santé.

Les effets contradictoires du soutien social demandent une étude plus approfondie de la nature et des effets du soutien social. Tousignant (1992) résume bien les résultats des recherches dans le domaine très vaste du soutien social :

Il est permis de croire que le soutien peut avoir un effet certain sur les conséquences d'un événement, à tout le moins chez un certain groupe de personnes, si les types de soutien offerts sont adéquats et que la personne présente un minimum de réceptivité à l'aide offerte. (p. 96)

En d'autres mots, le soutien social exerce la fonction de protection seulement s'il correspond aux besoins liés à l'évènement ou exprimés par la personne (Cohen & McKay, 1984).

Définir le soutien social

La définition du soutien social a évolué dans les derniers 30 ans, mais le terme populaire « soutien social » est encore utilisé dans un sens très large référant à tout phénomène par lequel les relations sociales agissent sur la santé et le bien-être (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000).

En 1976, Cobb définissait le soutien social comme étant « la conscience d'appartenir à une communauté cohérente socialement, d'être aimé et estimé » (p. 303). Cette définition tend à intégrer une multitude de phénomènes et renvoie au but positif premier d'une communauté, soit celui de valoriser ses membres par l'entraide; le soutien social devient essentiellement ce qui se passe au plan humain et affectif entre les individus. Brown et Harris (1978) ont une conception très personnelle du soutien social en le définissant en tant que présence d'une personne intime à qui on peut se confier. La définition du soutien social de Lin, Dean et Ensel (1986) réfère aux moyens expressifs ou instrumentaux mis à la disposition de la personne par la communauté, le réseau social et les partenaires de confiance.

De manière générale, House (1981) définit le soutien social comme une transaction interpersonnelle comprenant le souci de l'autre, l'aide et l'information à propos du soi et de l'environnement. Toutefois, pour répondre au manque de consensus quant à la définition du soutien social, il en propose une définition plus structurée sous la forme de la question suivante : « Qui donne quoi, à qui, pour répondre à quel besoin? ». Kaplan, Cassel et Gore (1977) assimilent le soutien social au niveau de satisfaction des besoins sociaux d'une personne par le biais des interactions avec les autres, malgré que plusieurs auteurs de son époque définissent le soutien social tout simplement comme un réseau social. Dans le même sens, Cohen et al. (2000) identifient le soutien social à un processus susceptible de promouvoir la santé et le bien-être à travers les relations sociales.

Les définitions du soutien social demeurent tellement vagues, larges et générales que le concept est en danger de perdre sa distinction (Barrera, 1986; Cohen & McKay, 1984). Le manque de consensus quant à la définition du soutien social empêche de disposer de mesures unitaires, ce qui conduit à des résultats de recherches contradictoires ou à tout le moins divergents (Cohen & McKay, 1984; Sandler & Barrera, 1984). Cette critique des années 80 a débouché sur une tentative de créer une nouvelle terminologie plus spécifique dans le but de distinguer des concepts/sous-concepts plus faciles à opérationnaliser, ce dont il est question dans la section suivante.

Préciser le concept de soutien social

Le soutien social est un concept vaste, complexe et multifactoriel, comprenant tout processus par lequel une personne reçoit de l'aide. Cette conceptualisation ne fait que tracer des frontières floues, incohérentes et entraîne une impossibilité de systématiser et encore moins de mesurer un concept si étendu. La seule possibilité de repérer des bases théoriques vérifiables empiriquement est de constituer une typologie du soutien social en essayant de diviser le concept en composantes ou sous-concepts. Plusieurs chercheurs se sont penchés sur la clarification, la précision et la simplification de ce concept, en énonçant des sous-concepts; il en résulte plusieurs classifications du soutien social.

Au premier abord, il faut distinguer entre soutien social et réseau social deux vocables dont certains auteurs font l'usage de manière interchangeable. Le réseau social est seulement une caractéristique du soutien social, un sous-concept qui désigne le nombre de personnes offrant du soutien social au malade. À lui-même, le réseau social compte deux facettes : le réseau social disponible et le réseau social utilisé. D'une part, le réseau social disponible porte sur les sources de soutien social à la disposition du sujet; d'autre part, le réseau social utilisé réfère aux sources exploitées ou acceptées. Un grand réseau social ne signifie pas un bon soutien social et il est possible de recevoir plus de soutien social par le biais d'un réseau plus restreint.

Selon Cohen et al. (2000), le soutien social peut être structuré à l'aide de ses fonctions comme suit : fonction émotionnelle (confidences, soutien pour l'estime de soi,

réassurance, attachement, intimité), fonction instrumentale (soutien tangible, pratique, matériel), fonction informationnelle (guider, conseiller, évaluer, donner de l'information, solutionner des problèmes), fonction de compagnie (sentiment d'appartenance, socialisation, intégration) et fonction de validation (rétroaction, comparaison avec les autres). De façon similaire, cependant plus inclusive, House (1981) subdivise le soutien social en soutien émotionnel (estime, affection, confiance, souci, écoute), soutien appréciatif (affirmation de soi, rétroaction, comparaison sociale), soutien informationnel (conseils, suggestions, directives, informations) et soutien instrumental (de l'argent, des produits, du travail, du temps, des changements dans l'environnement). Ces manières de conceptualiser le soutien social à l'aide de ses fonctions fournissent un cadre théorique nécessaire pour tester différentes hypothèses au sujet du rôle que le soutien social joue dans la vie des aidés, sans référer aux sources ni aux autres déterminants du soutien social, telles les caractéristiques des pourvoyeurs ou de la relation entre le pourvoyeur et le bénéficiaire.

Une autre distinction conceptuelle importante découle de l'effet du soutien social en tant que soutien ou conflit. Plusieurs études rapportent une association positive importante entre le soutien social et l'état de santé et le bien-être (Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat 2008; House, 1981; Tilden, 1985; Tomberg, Toomela, Pulver & Tikk, 2005). Toutefois, les relations interpersonnelles à l'intérieur du réseau peuvent être dysfonctionnelles. En guise d'exemple, Calsyn et Morse (1991), auprès d'un échantillon de personnes sans domicile fixe, rapportent que le soutien social n'a pas d'impact sur la

consommation excessive d'alcool. Ce résultat montre que la présence de soutien social n'est pas toujours bénéfique et suggère une exploration de sa structure et de sa qualité. Bien que la famille soit généralement considérée comme une composante importante du réseau social, les personnes souffrant de maladie mentale grave démontrent un comportement violent le plus souvent contre des membres de leur famille. Cette constatation suggère que les réseaux sociaux peuvent agir soit comme pourvoyeurs potentiels de protection et soutien, soit comme source de stress (Wasylenki, James, Clark & Lewis, 1992).

Dans le but de mieux circonscrire une grande variété de concepts et sous concepts du soutien social, les caractéristiques suivantes sont prises en considération pour les fins de ce projet : 1) l'étendue du réseau social, soit le nombre de personnes faisant partie du réseau et la fréquence des contacts; 2) le type de soutien, soit le soutien perçu, émotionnel ou instrumental; 3) la qualité du soutien social, notamment la qualité des relations avec le réseau, en termes de soutien ou de conflit.

Mesurer le soutien social

L'amplitude du concept de soutien social et une myriade de définitions ont conduit à un nombre important d'échelles de mesures bien établies et fidèles, mais pas toujours utilisées à bon escient. Le défi actuel réside dans le choix d'instruments. Bien que le chercheur se trouve devant un éventail d'échelles de mesure, rien ne peut se substituer au bon jugement méthodologique pour l'aider à naviguer parmi la multitude

d'instruments. Il faut noter également que beaucoup d'instruments mesurant le soutien social ont de bonnes propriétés métrologiques, principalement une bonne fidélité; toutefois, peu d'entre eux ont subi des tests de validité, surtout de validité de contenu. De plus, les participants dans les études de validité sont souvent des étudiants; il serait profitable de tester leur propriétés métrologiques auprès de divers groupes d'individus issus de la collectivité (Barrera, Rappaport & Seidman, 2000).

Plusieurs revues d'instruments soulignent les valeurs métrologiques et les domaines et sous-concepts mesurés par divers instruments (Heitzman & Kaplan, 1988; House et al., 1985; Tardy, 1985; Winemiller, Mitchell, Sutliff & Cline, 1993). La revue la plus intégrale des instruments de mesures du soutien social est offerte par Cohen et al. (2000) dans leur volume intitulé *Social Support, Measurement and Intervention, a Guide for Health and Social Scientists*. Les instruments sont regroupés en trois chapitres : mesures de l'intégration sociale et des réseaux sociaux; mesures du soutien social perçu et du soutien social reçu; mesures des caractéristiques des relations et interactions interpersonnelles. Cette revue constitue un compendium utile aux chercheurs essayant de cerner les diverses définitions du soutien social pour en arriver à choisir un instrument susceptible de répondre à leur question de recherche, mais elle ne souligne pas le rôle possiblement conflictuel du soutien social en tant qu'aide ou en tant que source de conflit.

Winemiller et al. (1993) recommandent l'utilisation des instruments standardisés tels l'Inventory of Socially Supportive Behaviors ou ISSB (Barrera, Sandler & Ramsay, 1981), la Interpersonal Support Evaluation List ou ISEL (Cohen, Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1985) ou bien le Social Support Questionnaire ou SSQ (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983). L'utilisation des mêmes instruments par plusieurs chercheurs offrirait la possibilité de validation de concept; elle aiderait à unifier les recherches, à rendre leurs résultats comparables et à faciliter la conception d'interventions destinées à améliorer le soutien social et son effet sur la santé. Un des pionniers de l'instrumentation du soutien social, Barrera, souligne que les instruments utilisés devraient correspondre à la variable (ou sous-variable) mesurée et à la question de recherche et ne pas utiliser des variables connexes (ex. : état civil) sauf s'il est démontré qu'elles sont vraiment reliées aux concepts mesurés (Barrera, 1986).

Le soutien social est mesuré généralement selon la perspective structurelle (tirée de la définition du soutien social en tant que réseau social) ou la perspective fonctionnelle (tirée de la définition du soutien social en tant que processus ou relation). La perspective structurelle entraîne une approche objective dans la mesure du soutien social; elle le caractérise selon les dimensions du réseau social, identifiant soit le nombre de personnes faisant partie du réseau, soit la densité du réseau, ce qui réfère ici au nombre de dyades existantes (McNally & Newman, 1999). Dans une étude prospective, Becker, Thornicroft, Leese et McCrone (1997) ont calculé un nombre décroissant d'hospitalisations psychiatriques à mesure que les dimensions du réseau social

augmentent. Les dimensions signifient, dans leur étude, le nombre de contacts sociaux, d'amis, de membres de la parenté et de confidents. Cette approche objective pour mesurer le soutien social ne tient pas compte de la perception du bénéficiaire, ni de la qualité des relations à l'intérieur du réseau.

Une autre approche, plus subjective, mesure la qualité des relations interpersonnelles significatives et du soutien social reçu, toujours mesuré de façon structurée (ex. d'item : « Dans mon entourage, il y a quelqu'un à qui je peux me confier sans avoir peur d'être jugé »). Cette approche est plus largement utilisée. Ainsi, Winemiller et al. (1993) concluent que, des 262 études prises en considération dans leur recension, seulement 6,5 % ont mesuré le soutien disponible et 20 % ont mentionné la structure du réseau social, alors que la plupart des recherches sur le soutien social visent la qualité et la fonction des relations sociales.

Bon nombre de recherches soulèvent le débat à propos du soutien social perçu (rapporté généralement par le bénéficiaire) comparé au soutien social reçu (évalué généralement par le chercheur). Les instruments qui mesurent le soutien perçu font appel à la perception du bénéficiaire. Ces instruments n'exigent pas de mesure de fidélité inter-observatrice, comparativement aux instruments qui mesurent le soutien social reçu évalué par le chercheur. Également, le soutien est plus facile à mesurer par la perception du receveur, particulièrement s'il s'agit d'une sous-variable subjective comme la qualité des relations interpersonnelles. Par contre, Tousignant (1992) suggère de « considérer

les comportements de soutien sans tenir compte des perceptions du receveur », afin d'éviter la contamination entre les mesures de soutien et le « moral » (sic) du bénéficiaire, bien que, selon House (1981), la signification même du soutien social est entièrement le résultat de la perception. Le soutien social doit être conçu comme dépendant des besoins communiqués par le patient. Dans le cas du patient dont « le moral est mauvais », deux options sont offertes : soit modifier sa perception pour l'amener à coïncider avec celle de « l'observateur neutre », soit ajuster le soutien social aux besoins exprimés. À défaut de considérer l'une de ces deux options, une mesure basée exclusivement sur la perception du chercheur risque de mener à des interventions coûteuses, sans garantie de répondre aux besoins véritables du bénéficiaire. S'il n'est pas tenu compte de la perception du malade, il y a abstraction de sa présence. Il peut y avoir des cas de symptomatologie sévère de maladie mentale grave où l'aide est « niée ou dénigrée », probablement le cas auquel réfère Tousignant. Dans ce cas, l'aide doit être dirigée d'autant plus vers une restructuration et une adaptation aux besoins spéciaux du moment communiqués par le patient. Tousignant lui-même soutient que « différents secteurs de la population nécessitent des types de soutien variant en fonction des problèmes vécus » (p. 88). Ainsi, il y aurait lieu de croire que seulement le patient peut décrire le problème qu'il vit, d'où la pertinence des mesures du soutien social basées sur la perception du sujet.

Par ailleurs, Haber, Cohen, Lucas et Baltes (2007) ont publié une méta-analyse à partir de 23 études ayant mesuré le soutien social reçu à l'aide de la ISSB (Barrera et al.,

1981) et le soutien social perçu par toute autre échelle. Les résultats soulignent que le soutien reçu compte pour seulement 10 à 15 % de la variation du soutien perçu, appuyant de ce fait l'importance de mesurer le soutien perçu par le bénéficiaire.

Malgré que le soutien social puisse être bénéfique ou source de stress, les instruments classiques semblent se concentrer plutôt sur les effets positifs du soutien social sur la santé; le coût et le stress causé par les relations conflictuelles, ainsi que l'effet du conflit sur la santé sont rarement mesurés ou le conflit est mesuré à l'aide d'une ou deux questions (Sandler & Barrera, 1984). Non seulement les relations conflictuelles (le conflit social) ont un effet néfaste sur la santé, mais l'effet négatif du conflit est d'une plus grande envergure que l'effet positif que le soutien peut avoir sur la santé (Rook, 1984). De plus, les mesures ne captent pas les changements très récents dans des relations soutenantes de longue date. Virginia Tilden est une auteure qui s'est préoccupée de l'aspect conflictuel du soutien pendant les années 80-90; elle a conçu une échelle nommée Inventaire des relations interpersonnelles (IPR; Tilden et al., 1990), composée de trois sous-échelles : Soutien, Conflit et Réciprocité. L'IPR a été traduit et adapté en français par Frohlich et Fournier (1997) dans le cadre d'une étude de validation qui a obtenu d'excellents résultats quant aux qualités psychométriques de l'instrument; seulement les sous échelles Soutien et Conflit ($\alpha .83; .92$) ont été retenues en raison d'une forte corrélation entre l'échelle de Soutien et celle de Réciprocité.

Rappelons que l'étude présente porte sur la relation entre le soutien social et la violence. Après le regard sur la définition et la mesure du soutien social, la section suivante traite de la violence d'une manière similaire.

Définir et mesurer la violence

Phénomène social complexe et universel, la violence existe dans toutes les classes sociales et n'épargne aucune ethnie, culture ou religion. Une définition parmi beaucoup d'autres veut que la violence soit une force brutale exercée contre quelque chose ou quelqu'un; elle peut se manifester sous différentes formes physiques, verbales ou psychologiques. Pourquoi un être humain exercerait-il une telle force destructrice contre un autre être humain? De cette perspective, selon Townsend (2010), la violence est une expression de l'inhumanité de l'être humain envers soi-même ou ses semblables. Le phénomène de la violence est si complexe qu'il se traduit même en une difficulté sémantique de préciser, délimiter, conceptualiser et opérationnaliser la violence, à tout le moins de manière uniforme, par les cliniciens et les chercheurs (Dubreucq, Joyal & Millaud, 2005).

Étant donné la diversité des comportements agressifs selon la pathologie et la composition échantillonnale des études recensées, il n'est pas étonnant que les études manquent d'uniformité quant à la définition de la violence. Habituellement, la définition est absente et seulement une opérationnalisation directe de la violence est présentée sous forme d'instruments. De plus, les instruments sont généralement différents d'une étude à

l'autre. À titre d'exemple, dans l'étude de Estroff, Swanson, Lachicotte, Swartz et Bolduc (1998), l'acte de violence est défini de manière opérationnelle comme suit : « frapper avec un objet ou une arme; frapper, couper, brûler ou attaquer physiquement; menacer avec un objet ou un arme; constituer un danger pour les autres; être condamné pour voie de fait, homicide involontaire ou meurtre. » (p. 98).

Un élément important pour l'évaluation du comportement violent réside dans le recueil d'informations et dans les sources utilisées. Certaines études ont recours aux documents officiels exclusivement, source qui peut ne pas être complète, surtout quand il s'agit de comparer des études provenant de divers pays (Hodgins, 1998). En effet, l'inscription des délits au registre centralisé repose sur les rapports des divers corps policiers à travers le pays, ce qui amène parfois une variation dans le taux de délits rapportés. Ceci est particulièrement perceptible lorsque la personne a été tenue non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux. Cependant, les documents officiels ont l'avantage d'offrir un regard professionnel et ils devraient être utilisés en complément aux informations auto-rapportées ou rapportées par un informateur qui connaît bien le participant à l'étude (Monahan et al., 2001).

Afin de circonscrire le concept de violence caractérisé par une multitude de définitions dans la littérature scientifique, la définition suivante est adoptée pour la présente étude : le comportement violent est généralement défini comme toute voie de fait (coup porté ou tenté, menace) à l'endroit d'une tierce personne. Il s'agit dans ce cas

d'un geste qui aurait pu donner lieu à une mise en accusation formelle par le système de justice criminelle (Webster et al., 1997).

Lien entre soutien social et violence

Au premier regard, la personne qui reçoit plus de soutien social, ou dont le réseau social est plus étendu, présenterait un moindre risque d'afficher un comportement violent. Toutefois, cette perception ne concorde pas avec les résultats d'une étude longitudinale portant sur 169 personnes atteintes de troubles mentaux graves, étude menée par Estroff et al. (1998) : il n'y avait pas de lien significatif entre le nombre de personnes dans le réseau et le comportement violent. Qui plus est, un réseau plus étendu et une concentration élevée de membres de famille dans le réseau augmentent le risque de violence (Estroff & Zimmer, 1994). Non seulement les dimensions du réseau peuvent ne pas offrir une protection contre la violence, mais la fréquence des contacts peut ne pas freiner le comportement violent. Swanson et al. (1998) ont étudié 331 personnes souffrant de maladie mentale grave vivant et recevant un traitement en communauté; ils ne rapportent aucune corrélation significative entre la fréquence du contact social et le comportement violent pour l'ensemble de l'échantillon. Toutefois, lorsque l'échantillon est partagé en groupes, selon les niveaux de fonctionnement mesuré par la Global Assessment of Functioning (GAF) (Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976), l'association entre la fréquence du contact social et la violence devient significative. Notamment, quand le niveau de fonctionnement est très bas, une augmentation de la fréquence du contact mène à une augmentation de la violence, tandis que les personnes

qui fonctionnent mieux risquent d'être plus violentes à mesure que la fréquence du contact diminue. Ces résultats suggèrent que l'influence du soutien social est médiatisée par les caractéristiques des participants, incluant la symptomatologie. L'étude de Swanson et al. est intéressante. Cependant, les auteurs favorisent un type d'analyse qui, en premier lieu, ne peut saisir le lien entre la fréquence du contact et la violence. Ce genre d'analyse incluant la corrélation et la régression se base sur une pensée linéaire puisqu'elle calcule la moyenne des différences entre les valeurs individuelles des variables et la moyenne du groupe. Ainsi, certains liens possibles entre les variables au niveau des sous-groupes sont ignorés quand l'analyse réfère à l'échantillon en entier. Afin de palier cette imperfection, une analyse basée sur une pensée non-linéaire est proposée, notamment, l'analyse des correspondances multiples; elle permet une étude plus approfondie du lien entre le soutien social et le comportement violent, tout en considérant l'échantillon en entier et en tenant compte des caractéristiques psychopathologiques des participants. Entre autres, cette analyse pourrait générer des profils qui rendent compte des caractéristiques des sujets les plus violents (qui s'écartent le plus de la moyenne), incluant la fréquence du contact social et les symptômes psychopathologiques.

Par ailleurs, le tableau clinique de la personne aidée influence également le réseau social. Par exemple, les psychotiques sont plus désavantagés que les névrotiques qui, eux, sont plus désavantagés que la population générale au plan du réseau social (Pattison, 1975) : le réseau des personnes atteintes de psychose compte 4 à 5 personnes,

comparé à 25 à 40 personnes pour le réseau des personnes issues de la population générale.

Les victimes de violence sont plus souvent des membres de la famille plutôt que d'autres membres du réseau social des personnes atteintes de maladie mentale (Solomon, Cavanaugh & Gelles, 2005). Parmi les membres de la famille, les victimes sont particulièrement les mères (Estroff & Zimmer, 1994). Selon Estroff et al. (1994), les membres de la famille représentent 50 à 65 % du nombre total de victimes. Ce résultat n'est pas surprenant, car le réseau des personnes souffrant de maladie mentale grave est souvent réduit aux membres de la famille (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001) avec qui ils demeurent ou avec qui ils ont un contact très fréquent. De plus, le risque de devenir victime de violence augmente de quatre fois si le membre de la famille est responsable des finances du malade (Estroff et al., 1998). En 2005, Elbogen, Swanson, Swartz et Van Dorn ont obtenu des résultats similaires auprès de 245 personnes souffrant de maladie mentale grave et recevant une pension d'invalidité. La dépendance financière en elle-même augmente le risque de violence contre le membre de la famille responsable des finances; elle peut même précipiter une rechute (Buchkremer, Stricker, Holle & Kuhs, 1991); ce risque devient quatre fois plus grand quand la dépendance financière est combinée au contact social fréquent. Ces derniers auteurs ne prennent pas en considération si le participant demeure avec le membre de la famille responsable des finances, ce qui peut s'avérer important quant à la fréquence du contact et à la qualité de la relation.

Jusqu'à maintenant, il n'existe pas de réponse claire quant à la relation entre le soutien social et la violence. Les revues de la littérature scientifique telles que celle de Petties (2003) soulignent l'ambiguïté du problème et concluent que le soutien social peut avoir une influence positive, négative ou neutre.

Au départ, les chercheurs font face à deux variables complexes, violence et soutien social, qui génèrent un grand nombre de sous-variables; il en découle bon nombre de définitions et de mesures. De plus, la méthode est généralement limitée à un devis transversal, de sorte que les changements importants possibles dans les relations sociales et dans l'évolution de la maladie, voire du comportement violent à travers le temps, ne sont pas considérés. Enfin, les analyses utilisées vont dans le sens d'une pensée linéaire se limitant à la régression et à des comparaisons de groupes. À l'encontre de l'approche linéaire, les analyses non-linéaires sont susceptibles de soulever des profils de personnes soulignant les caractéristiques de divers modes de fonctionnement; ceci permettrait une meilleure compréhension du lien entre le soutien social et la violence, ainsi que d'autres caractéristiques personnelles, aspect qui ne peut pas être saisi par les analyses conventionnelles (Joyal, Côté, Meloche & Hodgins, 2011).

La complexité de la relation entre le soutien social et la violence est évidente et, malgré un certain volume de littérature scientifique publiée jusqu'ici, beaucoup de travail reste à faire. Ce qu'il reste à faire, selon Hodgins (2001), c'est l'identification de

patients avec des caractéristiques distinctes et des besoins de traitements spécifiques d'une part, et le développement de combinaisons de traitements et services adaptés à chacun d'autre part.

Ainsi, la recherche doit d'abord vérifier la relation entre le soutien social et le comportement violent en tenant compte des recommandations suivantes :

- quant à la méthode : devis longitudinal plutôt que transversal, afin de considérer l'évolution des modes de fonctionnement ;
- quant à la mesure des variables : considérer le soutien social perçu plutôt que disponible ou reçu; mesurer l'étendue du réseau et la fréquence des contacts; mesurer le soutien auto-rapporté, rapporté par informateur-clé et soulevé à partir des dossiers institutionnels. Les instruments utilisés devraient être des instruments standardisés ou au moins mentionner une définition opérationnelle si le but est de mesurer un sous concept très spécifique (Winemiller et al., 1993);
- quant aux analyses : utiliser des analyses dans la ligne de pensée non-linéaire permettant l'obtention de profils de participants susceptibles de mieux expliquer les divers modes de fonctionnement quant au soutien social et à la violence.

Suivant les conclusions tirées à partir de la recension des écrits et de la critique formulée, la présente étude a pour but de clarifier la relation entre le soutien social et la violence, à l'aide de profils susceptibles de mieux expliquer le fonctionnement de

personnes atteintes de maladies mentales graves. Le caractère spécifique de l'étude relève du choix d'un échantillon provenant de trois différentes sources, du devis longitudinal, des instruments variés et des analyses non linéaires. La majorité des études de la relation entre le soutien social et la violence considèrent surtout les personnes atteintes de schizophrénie et peu d'études se penchent sur les troubles de l'humeur; la présente étude porte sur un échantillon incluant des personnes atteintes soit de troubles de l'humeur ou de troubles psychotiques. De plus, l'aspect conflictuel du soutien social est généralement négligé par les études précédentes.

Hypothèse

Il existe une relation entre le soutien social et la violence, relation plus manifeste dans le contexte de profils identifiés en fonction de caractéristiques spécifiques telles le diagnostic principal de trouble mental grave, le trouble de la personnalité antisociale, la présence de problèmes d'alcool ou de drogue et le niveau de fonctionnement. Plus particulièrement, la relation entre le soutien social et la violence est observée lorsque le soutien social est conflictuel, sans égard à l'étendue du réseau de soutien.

Méthode

Monahan et Steadman (1994) reprochent aux études sur la violence les limites suivantes : les facteurs de risque de violence considérés sont limités aux facteurs historiques ou cliniques; la mesure de la violence n'est pas toujours valide, souvent limitée au nombre d'arrestations; les échantillons sont souvent restreints aux individus avec un passé violent; enfin, la collecte de données se fait sur un seul site. Le projet *"Facteurs de risque et comportements violents chez les sujets atteints de troubles mentaux grave"* (nommé ci-après *"Facteurs de risque"*) répond à ces défis méthodologiques. Ce projet dirigé par Côté, Hodgins, Daigle, Abdous, Webster et Gagné considère une diversité de facteurs de risque associés à la violence, incluant le soutien social. Une mesure complexe de la violence en institution ou en communauté (violence à vie, auto rapportée, auto ou hétéro-infligée) est utilisée. Les données sont recueillies à partir des dossiers criminel et clinique. Enfin, l'échantillon se compose d'hommes et de femmes, avec ou sans histoire de violence. C'est ce projet multi-sites et longitudinal qui fournit les données pour la présente étude.

Échantillon

Les 178 participants du projet « *Facteurs de risque* » portant sur les facteurs de risque et les comportements violents chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont été recrutés dans différents établissements carcéraux ou hospitaliers de quatre

régions administratives du Québec. Au moment du recrutement, ils se trouvaient en établissement sous un des statuts légaux suivants :

- a. Placés sous garde en établissement, hospitalisés contre leur volonté en raison du danger qu'ils représentent pour eux-mêmes ou pour autrui (N=61)
- b. Tenus non responsables criminellement d'un délit pour cause de troubles mentaux (sous mandat de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) (N=65)
- c. Tenus criminellement responsables et détenus en institution carcérale au niveau fédéral ou provincial (N=52).

Le taux de refus, abandon ou impossibilité de participer au projet en raison de symptômes trop sévères est de 53 % des 378 personnes approchées.

Les participants (N=178) présentent un trouble psychotique (70,8 %) ou un trouble de l'humeur (29,2 %). La distribution de diagnostics prioritaires à l'axe I se fait, en ordre décroissant, comme suit : schizophrénie (38,2 %), trouble bipolaire (19,1 %), trouble schizo-affectif (14 %), trouble psychotique non spécifié (12,9 %), dépression majeure (10,1 %), trouble délirant (4,5 %) et trouble schizophréniforme (1,1 %). Le trouble de la personnalité antisociale est présent chez 42,1 % des participants et 65,7 % présentent un problème d'alcool ou de drogues.

L'âge moyen des participants est de 39 ans ($ET = 12$) et s'étend de 20 à 74 ans. L'échantillon comprend 137 hommes et 41 femmes. De tous les participants, 65,2 % sont mariés, vivent en union ou ont déjà connu une union; 34,8 % n'ont jamais connu d'union.

Déroulement

Les participants sont d'abord évalués peu de temps précédant ou suivant leur départ de l'institution (T1) et deux ans après (T2). Les tests et instruments sont administrés par entrevues cliniques. Les données sont obtenues du sujet, de dossiers hospitaliers, judiciaires, institutionnels ou de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

L'identification des participants potentiels a été effectuée à partir des listes de la CETM, de la Commission des libérations conditionnelles et des personnes ressources tels les intervenants des milieux de détentions (psychologues ou gestionnaires de cas), entre juin 1998 et juin 2003, dans des institutions de Montréal, de Québec, de la Mauricie et des Cantons de l'Est. Toutes les personnes qui rencontraient les critères d'admission ont été approchées pour participer à l'étude. Le recrutement s'est fait sur une base volontaire et les participants ont signé un formulaire de consentement. Le projet a obtenu l'approbation des comités d'éthique concernés.

Le projet *Facteurs de risque* est une étude corrélationnelle et longitudinale; des données ont été recueillies au temps 1 et au temps 2, soit deux ans après l'évaluation initiale. Afin d'obtenir une meilleure compréhension de la relation entre le soutien social

et le comportement violent, des données du premier volet et du deuxième volet sont retenues.

Instruments

Les variables principales de la présente étude comprennent le diagnostic de trouble mental et de trouble de la personnalité, la consommation d'alcool ou de drogues, le niveau de fonctionnement, le soutien social et la violence. Ces variables sont évaluées à l'aide des instruments suivants.

Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)

L'instrument utilisé pour l'évaluation des diagnostics à l'axe I (SCID-I) et à l'axe II (SCID-II) est le Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1997), en version française. Cet instrument est le plus utilisé pour cerner la psychopathologie, ayant démontré d'excellentes propriétés psychométriques, entre autres une fidélité inter-observateurs de 0,91 (Côté, Lesage, Chawky & Loyer, 1997). Le SCID a été administré seulement au temps 1 aux 178 participants.

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

L'état de fonctionnement à l'axe V est évalué par la Global Assessment of Functioning Scale (GAF; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976). À l'aide de cette échelle, l'évaluateur attribue un score entre 0-100 points à chaque participant, en fonction de l'impact du trouble mental sur les activités quotidiennes, dont sa vie sociale, professionnelle et personnelle.

L'échantillon à l'étude a obtenu une moyenne de 48 à cette échelle ($ET = 14$), avec une étendue de 15 à 90. Un score bas, soit entre 15 et 50 a été attribué à 40,4 % des participants; 34,3 % ont obtenu un score élevé, soit entre 51 et 90. Le GAF a été administré seulement au temps 1; pour différentes raisons (refus ou impossibilité de collaborer), 25,3 % des 178 participants n'ont pas été évalués.

Inventaire des relations interpersonnelles (IRI)

Le soutien social est mesuré à l'aide de la version française de l'Inventaire des relations interpersonnelles (IRI) (Tilden et al., 1990), composé d'une liste de personnes importantes dans la vie des participants et de la fréquence des contacts. Cet instrument comprend deux échelles nommées Soutien et Conflit. Les participants peuvent inclure jusqu'à 15 personnes sur la liste qui permet de saisir tant le nombre de personnes dans le réseau de soutien que le lien avec chaque personne; les dimensions Soutien (14 items) et Conflit (12 items) sont évaluées par une échelle Likert en 5 points, résultant en un score qui s'étend de 14 à 70 quant au soutien et de 12 à 60 quant au conflit. Un score plus élevé signifie un niveau plus élevé soit du soutien ou du conflit. Les deux échelles ont démontré respectivement une cohérence interne de .90 et de .83, sur un échantillon de 166 sujets dans une étude de validation de la version française menée par Frohlich et Fournier (1997). Il s'agit ici du seul instrument en français susceptible de saisir la nature conflictuelle du soutien social. L'IRI a été administré tant au temps 1 qu'au temps 2.

Le réseau de soutien des participants compte, en moyenne, 4 personnes au temps 1 (ET = 3), avec une étendue de 0 à 15 personnes. Au temps 2 (deux ans après l'évaluation initiale), le réseau de soutien obtient une moyenne de 3 personnes (ÉT = 2), avec une étendue de 0 à 13 personnes. Le test Wilcoxon des échantillons appariés démontre qu'il existe une différence significative entre le nombre de personnes dans le réseau de soutien au temps 1 et au temps 2 ($Z=-5,217$; $p\leq.01$).

Le Tableau 1 présente les différentes catégories de ressources membres du réseau de soutien, ainsi que le nombre et le pourcentage des participants ayant des contacts avec chaque catégorie.

Au temps 1, entre 54,5 % et 58,4 % des 172 participants qui ont répondu au questionnaire avaient des contacts avec la famille immédiate (mère, père, frère et sœur); cependant, entre 24,7 % et 28,7 % des 79 participants ayant répondu au temps 2 ont des contacts avec le même genre de ressources. Il est intéressant de constater que 76,4 % des participants ont des contacts avec la famille nucléaire au temps 1 et seulement 34,8 % au temps 2, bien qu'au temps 2 les participants ne sont plus en institution. Une situation similaire se présente quant aux contacts en dehors de la famille nucléaire.

Tableau 1

Répartition des participants selon leurs contacts avec les membres du réseau de soutien

Catégorie de ressources	Participants			
	Temps 1(N=178)		Temps 2(N=97)	
	Nombre	%	Nombre	%
Frère/soeur	97	54,5	44	24,7
Mère/père	104	58,4	51	28,7
Parenté	47	26,4	20	11,2
Ami	71	39,9	41	23,0
Conjoint	22	12,4	9	5,1
Ex-conjoint	12	6,7	1	0,6
Enfant	39	21,9	16	9,0
Intervenant social	9	5,1	8	4,5
Voisin	0	0	0	0
Autre	14	7,9	1	0,6
Famille nucléaire	136	76,4	62	34,8
En dehors de la famille nucléaire	129	72,5	60	33,7

Le Tableau 2 présente la fréquence des contacts avec différents membres du réseau de soutien. Le test Wilcoxon des échantillons appariés résulte en une différence significative entre le nombre de contacts des participants avec les membres du réseau de soutien au temps 1 et au temps 2 ($Z=-5,172$; $p\leq.01$). Au temps 2, les participants semblent avoir des contacts plus rarement qu'au temps 1, malgré le fait qu'ils ne sont plus en institution.

Rappelons que le score individuel total à l'échelle de soutien est la somme des scores obtenus aux items de l'échelle. Le score moyen du soutien reçu par les participants au temps 1 est de 50,6 avec un écart-type de 9,4; les scores varient de 22 à 69. Au temps 2, la moyenne du soutien est 51,2 avec un écart-type de 9,5; les scores s'étendent de 20 à 69. Le test Wilcoxon des échantillons appariés ne révèle pas de différence significative entre les scores du soutien du temps 1 et du temps 2.

Un score entre 14 et 42 à l'échelle de soutien est considéré bas, tandis qu'un score entre 43 et 70 est considéré élevé. Dans cette perspective dichotomique, 19,8 % des participants au temps 1 rapportent un soutien bas et 80,2 % un soutien élevé. Au temps 2, 15,9 % reçoivent un soutien bas et 84,1 % reçoivent un soutien élevé.

Le score moyen du conflit s'élève à 30,4 avec un écart-type de 8,5; il varie entre 12 et 51 au temps 1. Au temps 2, le score moyen est de 28,8 avec un écart-type de 8,2 et s'étend de 13 à 49. Ici également, le test Wilcoxon des échantillons appariés ne résulte pas en une différence significative entre les scores du conflit du temps 1 et du temps 2.

Tableau 2
*Fréquence des contacts des participants avec des membres
 du réseau de soutien au temps 1 et au temps 2*

Fréquence	Temps 1		Temps 2	
	N=172	%	N=78	%
Aucun contact	11	6,4	5	6,4
Une fois par mois	28	16,3	5	6,4
Plus qu'une fois par mois	123	71,5	54	69,2
Une à trois fois par année	10	5,8	14	17,9

Un score de 12 à 36 à l'échelle de conflit est considéré faible, tandis qu'un score entre 37 à 60 est considéré élevé. Au temps 1, 77,4 % des participants vivent peu de conflit et 22,6 % vivent beaucoup de conflit; au temps 2, 83,1 % rapportent peu de conflit et 16,9 % rapportent beaucoup de conflit.

Grille de la violence

Les données relatives aux comportements violents ont été recueillies à l'aide de la grille développée dans le cadre du projet MacArthur (Monahan et al., 2001), au temps 1 et au temps 2. L'utilisation de la grille permet de préciser le nombre d'incidents violents à vie et leur gravité, la cible de l'acte violent et si la victime est membre de la famille de l'agresseur. À ces données autorapportées s'ajoutent les informations saisies des dossiers policiers et institutionnels.

Les comportements violents retenus incluent : comportements violents causant des bleus ou des coupures; comportement causant des blessures internes non-perceptibles, os ou dents cassés; des coups de couteau ou des blessures par balle ou tout autre objet; comportements causant d'autres blessures, l'hospitalisation ou la mort, avec ou sans arme; lancer quelque chose à quelqu'un; pousser, empoigner ou bousculer quelqu'un; gifler, mordre, donner un coup de pied ou prendre quelqu'un à la gorge; frapper avec le poing ou un objet ou tabasser quelqu'un; forcer quelqu'un physiquement à avoir des relations sexuelles contre son gré.

La majorité, soit 77,5 % des 178 des participants, ont rapporté entre 0 et 27 incidents violents au temps 1, tandis que 22,5 % des 178 sujets ont déclaré au-delà de 27 incidents, trop nombreux pour être comptabilisés. De plus, 8,5 % des répondants au temps 1 n'avaient rapporté aucun incident violent, alors que 64,3 % des participants au temps 2 ne rapportent aucune violence entre le temps 1 et le temps 2. Rappelons qu'au temps 1, la violence est mesurée à vie, alors que, au temps 2, seulement la violence entre le temps 1 et le temps 2 (deux ans) est considérée.

Il est intéressant de souligner que les participants à cette étude ne démontrent que rarement de la violence envers les membres de leur famille. Au temps 1, 18 participants avaient été violents une fois envers les membres de leur famille durant leur vie, soit 10,1 % de l'échantillon. Quatre participants ont été violents 2 fois (2,2 %), un participant a été violent 3 fois (0,6 %) et un autre cinq fois (0,6 %). Au temps 2, seulement quatre participants ont été violents une fois envers un membre de leur famille; cependant, il est impossible de savoir si les 81 participants dont les données sont manquantes au temps 2 ont été violents entre le temps 1 et le temps 2.

Analyses

L'analyse des correspondances multiples est utilisée dans la présente étude afin de vérifier l'hypothèse énoncée. C'est une analyse non-linéaire qui permet de décrire graphiquement et par tableaux de contingence le profil des participants qui présentent des comportements violents, en soulignant leurs caractéristiques personnelles et le soutien social.

L'analyse des correspondances a été développée par le mathématicien linguiste Jean-Paul Benzécri en France dans les années 1960-70, sous l'influence de l'approche holistique des sciences humaines. L'analyse des correspondances est bien connue et largement utilisée en France, étant même synonyme de l'analyse de données. Dans le monde anglophone, cette méthode a été popularisée plus tard, dans les années 80, par Michael Greenacre, étudiant de Benzécri. Malgré une acceptation lente par les chercheurs nord-américains, l'analyse des correspondances est largement utilisée aujourd'hui dans des domaines divers comme la psychologie, la médecine, la sociologie, le marketing ou les sciences de la terre.

Équivalent non-linéaire de l'analyse factorielle en composante principale de la catégorie des analyses linéaires, l'analyse des correspondances multiples produit des valeurs propres nommées inerties principales, des pourcentages d'inertie, l'inertie constituant une généralisation ou extension de l'idée de variance.

L'analyse des correspondances multiples est principalement une technique descriptive-exploratoire d'analyse multivariée qui présente les relations entre les lignes et les colonnes d'un tableau de contingences de manière graphique, comme points dans un espace circonscrit par un petit nombre d'axes (dimensions). Les variables considérées doivent être dichotomiques; si une variable a plusieurs catégories et si elle est ordinale ou cardinale, elle sera transformée en autant de variables que le nombre de catégories ou de valeurs à l'indice. Les catégories doivent être représentées par un nombre suffisant de personnes; si une catégorie est caractérisée par une fréquence de moins de 5 % du total N, elle doit être regroupée avec une autre catégorie (Greenacre & Blasius, 2006). Selon la réponse du participant à une catégorie ou une autre, les nouvelles variables seront codifiées 0 ou 1 dans un tableau disjonctif qui permet ainsi l'identification des profils variables (profils rangées) et des profils personnes (profils colonnes); les rangées représentent les individus et les colonnes représentent la présence ou absence de chaque modalité de chaque variable. Ainsi, un profil personne permet d'identifier l'ensemble de variables qui le caractérisent; le profil variable permet d'identifier toutes les personnes qui se ressemblent, ayant les mêmes caractéristiques.

L'analyse se poursuit avec la création de quelques axes; deux à trois sont habituellement retenus, ceux dont la valeur de l'inertie est plus élevée (ceux qui attirent le plus grand nombre de profils) et qui ainsi expliquent le plus de variance. Les profils des personnes qui s'écartent le plus de la moyenne sont localisés graphiquement. Les axes qui représentent une inertie principale négligeable sont éliminés.

Suite à l'identification des axes et leur représentation dans l'espace, une analyse classificatoire hiérarchique selon la méthode de Ward est utilisée pour identifier les classes à retenir. Une classe est vue comme un regroupement d'individus, soit un sous-groupe de l'échantillon, qui présente une certaine similarité quant à leur fonctionnement basé sur les modalités des variables considérées au départ. Au début de l'analyse, chaque individu représente une classe. La hiérarchisation est un processus itératif qui permet d'assembler des individus sur la base de leur proximité; donc, un minimum de différence est recherché pour assembler deux individus. À l'étape suivante, deux autres classes subissent un processus d'agrégation et ainsi de suite, jusqu'à une réduction suffisante du nombre de classes. Les classes retenues désignent les sous-groupes incluant des individus rapprochés dans un espace euclidien et dont le mode de fonctionnement est cliniquement similaire et interprétable. La hiérarchisation peut être illustrée à l'aide d'une dendrogramme.

L'analyse des correspondances aide à découvrir la structure inhérente de tables de contingences, pertinemment celles contenant un grand nombre de catégories (Clausen, 1998). Il n'y a pas d'expérimentation dans les devis de recherche qui l'utilisent; donc il n'existe pas de variables indépendantes ni dépendantes dans ce type d'analyse. Son attribut important réside dans la représentation graphique qui facilite l'interprétation des résultats et dans la compréhension du fonctionnement et des caractéristiques de personnes constituant les différents profils de groupes identifiés et explorés.

Résultats

Variables et dimensions (axes)

Les variables sélectionnées pour tester l'hypothèse correspondent au contexte théorique présenté. Elles portent sur le diagnostic principal, la présence du trouble de la personnalité antisociale, les problèmes d'alcool ou de drogues et le niveau de fonctionnement, de concert avec le soutien social perçu, le conflit et le nombre de personnes dans le réseau de soutien. La variable violence a été utilisée comme variable complémentaire par la suite; de ce fait, cette dernière ne contribue pas à la définition des axes.

Aux fins de l'analyse des correspondances multiples, toutes les variables considérées ont été dichotomisées; le Tableau 3 présente les catégories possibles. Des 178 participants à l'étude au temps 1, 21 ont été éliminés en raison d'un manque d'information quant aux différentes variables, sous-variables ou dimensions. Ainsi, 157 participants ont été retenus pour former l'échantillon inclus dans l'analyse des correspondances au temps 1; au temps 2, 74 participants ont été inclus, en raison de données manquantes ou d'une perte de sujets.

Toutes les catégories présentées au tableau affichent une fréquence supérieure à 5 % de l'échantillon, tel que recommandé par Greenacre et Blasius (2006).

Tableau 3

Profils variables utilisés dans l'analyse des correspondances multiples

Variable	Fréquence (n=157)	%
Diagnostic principal		
Trouble de l'humeur	50	31,85
Trouble psychotique	107	68,15
Trouble de la personnalité antisociale		
Présence	68	43,31
Absence	89	56,69
Problème d'alcool ou drogues		
Présence	105	66,88
Absence	52	33,12
Niveau de fonctionnement		
Niveau bas	64	40,76
Niveau élevé	56	35,67
Données manquantes	37	23,57
Soutien		
Niveau bas	32	20,38
Niveau élevé	125	79,62
Conflit		
Niveau bas	120	76,43
Niveau élevé	37	23,57
Nombre de personnes dans le réseau de soutien		
0 à 3 personnes	70	44,59
4 personnes et plus	87	55,41
Comportements violents (temps 1)		
Présence	143	91,08
Absence	14	8,92
Comportements violents (temps 2)		
Présence	24	15,29
Absence	50	31,85
Données manquantes	83	52,87

Les profils sont constitués à partir des divers axes définis par les profils-variables qui s'écartent le plus du profil moyen. Le nombre d'axes choisis dépend de la valeur de l'inertie ajoutée par chaque axe. Le Tableau 4 présente la décomposition de l'inertie et la valeur ajoutée par chaque axe selon les méthodes respectives de Greenacre et Benzécri.

Tableau 4

Répartition de l'inertie ajoutée par les axes identifiés selon Greenacre et Benzécri

Axes	Greenacre		Benzécri	
	%	Cumulatif	%	Cumulatif
1	30,06	30,06	82,72	82,72
2	18,12	48,17	10,64	93,35
3	16,49	64,66	5,90	99,25
4	13,53	78,19	0,75	100,00
5	7,63	85,83		
6	7,11	92,93		
7	5,25	98,18		
8	1,82	100,00		

La décomposition de l'inertie selon la méthode Greenacre repère huit dimensions, dont les quatre premières ajoutent un pourcentage cumulatif d'inertie de 78,19 %. Cependant, selon la méthode Benzécri, les trois premiers axes identifiés sont responsables d'une inertie cumulée plus importante (99,25 %). Le choix des trois axes de Benzécri semble plus raisonnable eu égard à l'inertie totale ajoutée.

De plus, un nombre plus petit de dimensions facilite la dénomination des axes et l'interprétation des résultats. Pour ces raisons, les trois axes deviennent les dimensions qui servent à circonscrire les profils.

La contribution totale à la définition des axes pour chacun des profils-variables considérés apparaît au Tableau 5. La première dimension renvoie aux co-diagnostic (consommation d'alcool ou de drogues et trouble de la personnalité antisociale) et à l'étendue du réseau social. La deuxième dimension réfère à l'intensité du soutien et du conflit. Enfin, la troisième dimension caractérise les sujets quant au diagnostic principal et au niveau de fonctionnement. Les données soulignées indiquent des profils variables qui caractérisent l'axe d'une façon plus particulière.

Tableau 5

Contribution des profils variables à la définition des axes

Profils-variables et catégories	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3
Trouble de l'humeur	0.6645	0.3807	<u>-0.6655</u>
Trouble psychotique	-0.3105	-0.1779	<u>0.3110</u>
Absence de trouble de la personnalité antisociale	<u>0.6474</u>	-0.1062	0.4159
Présence de trouble de la personnalité antisociale	<u>-0.8474</u>	0.1390	-0.5443
Absence de problème d'alcool ou drogues	<u>1.0727</u>	-0.3479	0.4388
Présence de problème d'alcool ou drogues	<u>-0.5312</u>	0.1723	-0.2173
Niveau de fonctionnement élevé	-0.1178	-0.0100	<u>-0.4466</u>
Niveau de fonctionnement bas	-0.2749	-0.2285	<u>0.7867</u>
Soutien élevé	0.0910	<u>-0.3569</u>	-0.1995
Soutien bas	-0.3556	<u>1.3940</u>	0.7795
Conflit élevé	0.4118	<u>1.4044</u>	0.2770
Conflit bas	-0.1270	<u>-0.4330</u>	-0.0854
Réseau de soutien 0 à 3 personnes	<u>-0.6287</u>	-0.0314	0.3325
Réseau de soutien 4 personnes et plus	<u>0.5058</u>	0.0253	-0.2675

Voici maintenant la représentation spatiale des profils variables en relation avec les dimensions 1-2, 1-3 et 2-3 (Figures 2, 3 et 4). Les coordonnées des profils-variables seront utilisées pour définir les sous-groupes.

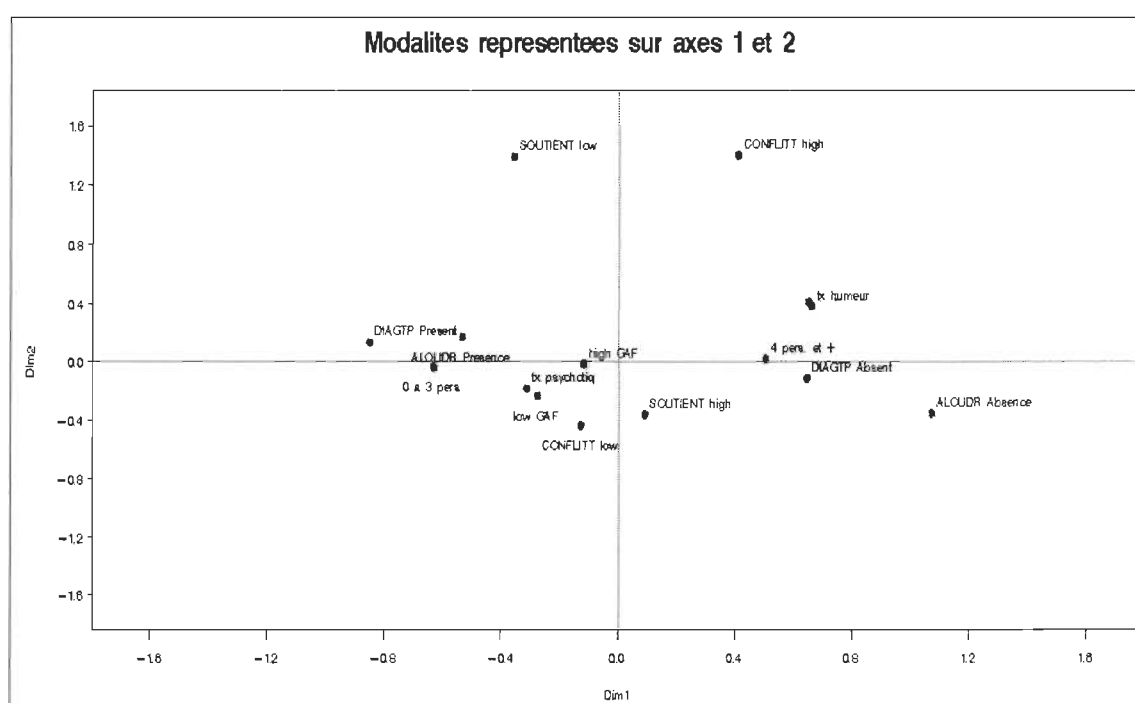


Figure 2. Modalités représentées sur axes 1 et 2.

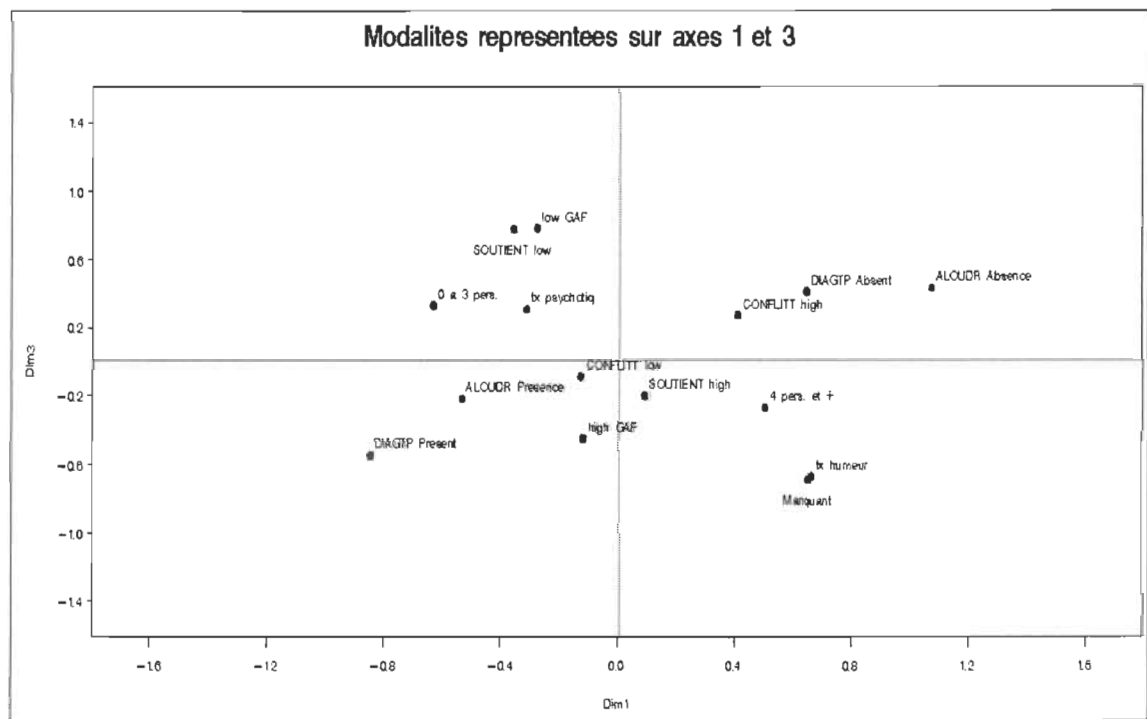


Figure 3. Modalités représentées sur axes 1 et 3.

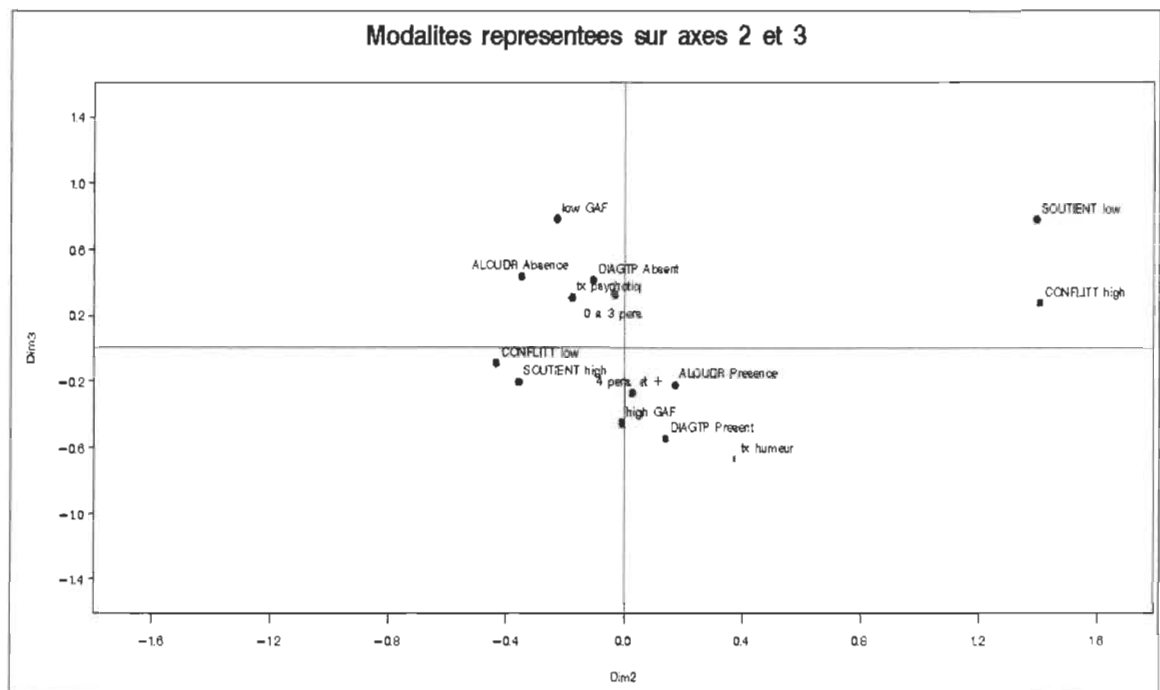


Figure 4. Modalités représentées sur axes 2 et 3.

Après la sélection des profils-variables et la représentation des axes dans la présente section, les sous-groupes et leurs caractéristiques sont présentés dans la section suivante.

Sous-groupes

L'analyse des données en fonction des trois dimensions retenues a généré cinq sous-groupes. Le graphique du coude (Figure 5) confirme la spécificité de chacun des premiers cinq sous-groupes (classes). Le sixième sous-groupe et les subséquents se ressemblent de plus en plus; ainsi, retenir un nombre supérieur aux cinq premiers engendre le risque de diluer les résultats et d'avoir un nombre insuffisant de participants dans chacun des sous-groupes.

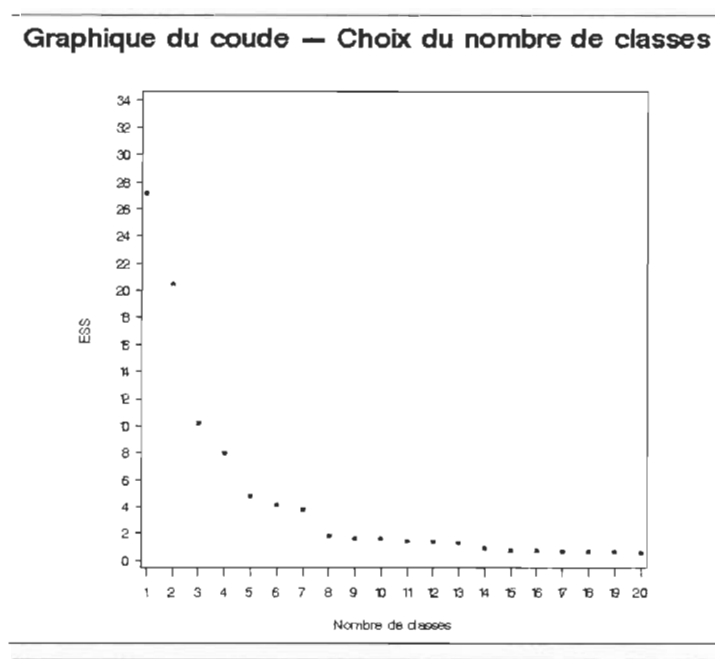


Figure 5. Graphique du coude – Choix du nombre de classes.

L'échantillon total a été réparti selon les cinq classes retenues tel qu'illustré dans le Tableau 6.

Tableau 6

Répartition des participants en sous-groupes

Sous-groupes	1	2	3	4	5
n=157	27	38	51	21	20
%	17,20	24,20	32,48	13,38	12,74

Le sous-groupe 3 rassemble le plus grand nombre de participants, soit 51 ou 32,48 % du total; le plus petit sous-groupe inclut 20 participants qui représentent 12,74 % du nombre total.

La section suivante traite des caractéristiques de chacun des cinq sous-groupes. Chaque sous-groupe est traité dans une sous-section propre, les résultats étant présentés sous forme de tableaux. Chaque tableau inclut les variables et les caractéristiques du sous-groupe, le pourcentage de participants du sous-groupe et de l'échantillon total présentant la caractéristique, l'indice et la valeur du test. L'indice équivaut au pourcentage dans le sous-groupe divisé par le pourcentage dans l'échantillon, multiplié par 100; une valeur supérieure à 120 est considérée importante et une valeur située entre 100 et 120 est considérée une tendance. Quant à la valeur du test, laquelle donne une signification statistique du rapport sous-groupe/échantillon, une valeur supérieure à 1,8

est considérée statistiquement significative; elle prend en considération le nombre de participants dans le sous-groupe respectif en référence au nombre des participants de l'échantillon total présentant la caractéristique. Pour chaque tableau, les variables sont classées par ordre descendant en fonction de l'indice obtenu.

Caractéristiques du sous-groupe 1

Le Tableau 7 reflète les caractéristiques du sous-groupe 1 (n=27; 17,20 % de l'échantillon). Ce groupe se distingue par un faible niveau de fonctionnement chez 92,60 % des ses membres, comparativement à 40,77 % des participants de l'échantillon total. Cette caractéristique définit le profil dans une proportion relativement importante compte tenu de l'indice de 227, résultat stable démontré par une valeur significative du test de 2,59 qui se situe au-delà de la valeur recherchée de 1,8. Une deuxième caractéristique importante du groupe est soulignée par l'absence du trouble de la personnalité antisociale pour 96,30 % des participants de ce groupe, comparativement à 56,69 % de l'échantillon total, pour un indice de 170. Cette caractéristique est stable également, telle que témoignée par une valeur significative du test de 1,96. Ces deux caractéristiques sont donc présentes jusqu'à un certain point dans l'échantillon total, mais elles sont significativement plus représentées dans le sous-groupe 1.

Tableau 7
Caractéristiques du sous-groupe 1 (n=27)

Variable	Catégorie	% dans le sous- groupe	% dans l'échantillon	Indice*	Valeur du test**
Niveau de fonctionnement	Niveau bas	92,60	40,77	227	2,59
Trouble de la personnalité antisociale	Absence	96,30	56,69	170	1,96
Problème d'alcool-drogues	Absence	51,86	33,13	157	1,03
Diagnostic principal	Trouble psychotique	96,30	68,16	141	1,55
Réseau	0 à 3 personnes	59,26	44,59	133	0,73
Conflit	Niveau faible	96,30	76,44	126	1,34
Soutien	Niveau élevé	96,30	79,62	121	1,26
<i>Violence (temps 1)</i>	<i>Présence</i>	<i>85,19</i>	<i>91,09</i>	<i>94</i>	<i>-0,88</i>
<i>Violence (temps 2)</i>	<i>Présence</i>	<i>11,12</i>	<i>15,29</i>	<i>73</i>	<i>-0,37</i>

Note : *Indice = (% dans le profil / % dans l'échantillon)100. Une valeur supérieure à 120 est considérée importante; une valeur située entre 100 et 120 est considérée une tendance.

**Une valeur supérieure à 1,8 est considérée statistiquement significative.

Les prochaines caractéristiques produisent des indices importants supérieurs à la valeur attendue de 120, sans pour autant démontrer de valeurs significatives du test; ces dernières se situent entre 0,73 et 1,55. Ainsi, l'absence de problèmes d'alcool-drogues est rapportée par 51,86 % des participants du sous-groupe 1 comparativement à 33,13 % des participants de l'échantillon. La prévalence d'un trouble psychotique chez 96,30 % des membres du sous-groupe est supérieure à celle de 68,16 % de l'échantillon total; cette proportion est importante, produisant un indice de 141 et une valeur du test de 1,55.

La majorité des participants du sous-groupe (59,26 %) compte un réseau réduit de soutien social (zéro à trois personnes) comparativement à 44,59 % de l'échantillon total. Le groupe rapporte un niveau élevé de soutien peu conflictuel. Ainsi, un faible niveau de conflit est vécu par 96,30 % des participants de ce sous-groupe par comparaison à 76,44 % des participants de l'échantillon total. Par ailleurs, un niveau élevé de soutien est rapporté par 96,30 % des participants du sous-groupe et par 79,62 % des membres de l'échantillon total. Il s'agit ici de valeurs de test non significatives malgré que les valeurs à l'indice soulignent des tendances.

Le sous-groupe témoigne d'une violence légèrement inférieure (85,19 %) à l'échantillon (91,09 %) au temps 1. Au temps 2, la situation est similaire : 11,12 % des participants du sous-groupe démontrent de la violence, pourcentage inférieur au 15,29 % de participants violents de l'échantillon total. Ainsi, les participants au temps 1, autant

que ceux qui ont pu être contactés pour le deuxième volet, rapportent légèrement moins de violence en valeur brute, sans produire des indices importants; les valeurs du test demeurent inférieures à 1,00. Ces résultats suggèrent en définitive un niveau de violence comparable à celui de l'échantillon total et ce, tant au temps 1 qu'au temps 2.

Caractéristiques du sous-groupe 2

Le Tableau 8 reflète les caractéristiques du sous-groupe 2 (n=38; 24,20 % de l'échantillon). Les caractéristiques prédominantes couvrent l'absence de problèmes d'alcool ou de drogues, l'absence de trouble de la personnalité antisociale et un réseau de soutien de 4 personnes et plus. Un problème d'alcool ou de drogues est absent chez 86,85 % des participants du sous-groupe comparativement à 33,13 % de ceux de l'échantillon total. L'indice de 262 témoigne de l'importance de cette caractéristique stable, tel que souligné par la valeur importante du test de signification de 3,2.

Tous les participants (100 %) appartenant au sous-groupe 2 témoignent de l'absence d'un trouble de la personnalité antisociale; quant à l'échantillon total, 56,69 % des participants sont dans la même situation. Ce résultat produit un indice important de 176; la valeur du test de signification est de 2,3.

Une autre caractéristique significative réfère à l'étendue du réseau de soutien : 89,48 % des membres du sous-groupe bénéficient d'un réseau de soutien de 4 personnes et plus, ce qui est le cas de seulement 55,42 % des participants de l'échantillon total.

Cette caractéristique obtient un indice de 161, un résultat stable sur la base de la valeur du test de signification de 1,81.

Tableau 8

Caractéristiques du sous-groupe 2 (n=38)

Variable	Catégorie	% dans le sous-groupe	% dans l'échantillon	Indice*	Valeur du test**
Problème d'alcool-drogues	Absence	86,85	33,13	262	3,20
Diagnostic principal	Trouble de l'humeur	57,90	31,85	182	1,58
Trouble de la personnalité antisociale	Absent	100,00	56,69	176	2,30
Réseau	4 personnes et plus	89,48	55,42	161	1,81
Soutien	Niveau élevé	97,37	79,62	122	1,46
<i>Violence (temps 1)</i>	<i>Absence</i>	<i>21,06</i>	<i>8,92</i>	<i>236</i>	<i>1,94</i>
<i>Violence (temps 2)</i>	<i>Présence</i>	<i>7,90</i>	<i>15,29</i>	<i>52</i>	<i>-0,70</i>

Note : *Indice = (% dans le profil / % dans l'échantillon)100. Une valeur supérieure à 120 est considérée importante; une valeur située entre 100 et 120 est considérée une tendance.

**Une valeur supérieure à 1,8 est considérée statistiquement significative.

Un diagnostic de trouble de l'humeur et un niveau élevé de soutien produisent des valeurs similaires et non-significatives du test de signification, ces derniers se situant en deçà de la valeur souhaitée, soit 1,8, bien qu'elles s'en rapprochent. Cependant, leurs valeurs à l'indice se situent à 182 et 122 respectivement, ce qui témoigne d'une certaine tendance du groupe à souffrir de troubles de l'humeur et à recevoir plus de soutien que l'échantillon total. La signification statistique est limitée par la faible puissance statistique, eu égard au nombre réduit de participants dans ce sous-groupe.

Enfin, ce groupe est moins violent (21,06 % témoignent d'une absence de violence) que l'échantillon (8,92 %) au temps 1; la valeur du test est statistiquement significative à 1,94. Le sous-groupe est moins violent que l'échantillon total au temps 2 également, puisque 7,9 % des participants du groupe sont violents comparativement à 15,29 % des participants de l'échantillon total. Cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative.

Caractéristiques du sous-groupe 3

Le troisième sous-groupe (n=51; 32,48 % de l'échantillon total) (Tableau 9) se caractérise d'une part par la présence du trouble de la personnalité antisociale, avec un taux de prévalence de 92,16 % comparativement à 43,32 % dans le cas de l'échantillon total (indice de 213 et valeur du test de signification de 2,94) et, d'autre part, par la présence de problèmes d'alcool ou de drogues chez tous les représentants du sous-groupe comparativement à 66,88 % chez ceux de l'échantillon global (indice de 150 et

valeur du test de signification de 2,2). Ces deux caractéristiques obtiennent des indices qui s'avèrent stables. Une autre caractéristique assez stable et importante de ce sous-groupe réside en un niveau faible du conflit au sein du réseau de soutien social; la valeur du test de signification est de 1,97, supérieure au seuil de signification recherché, soit 1,8. Le faible niveau de conflit définit ce sous-groupe dans une proportion relativement importante étant donné l'indice de 131 qui marque le rapport de fréquence d'un faible niveau de conflit du sous-groupe par rapport à la fréquence observée dans l'échantillon global.

Les caractéristiques moins stables de ce sous-groupe concernent le niveau élevé de fonctionnement, ainsi que le niveau élevé de soutien et ce, en raison de valeurs faibles du test de signification, bien que des valeurs importantes de l'indice soient observées, celles-ci étant supérieures à 120. Une autre caractéristique moins stable constitue la présence d'un trouble psychotique en tant que diagnostic principal qui obtient un indice de 115 et une valeur de 0,68 au test de signification.

Enfin, ce sous-groupe présente un niveau de comportements violents comparable à ce qui est observé dans l'échantillon global et ce, tant au temps 1 qu'au temps 2.

Tableau 9

Caractéristiques du sous-groupe 3 (n=51)

Variable	Catégorie	% dans le sous-groupe	% dans l'échantillon	Indice*	Valeur du test**
Trouble de la personnalité antisociale	Présence	92,16	43,32	213	2,94
Problème d'alcool-drogues	Présence	100,00	66,88	150	2,2
Niveau de fonctionnement	Niveau élevé	49,02	35,67	137	0,84
Diagnostic principal	Trouble psychotique	78,44	68,16	115	0,68
Conflit	Niveau faible	100,00	76,44	131	1,97
Soutien	Niveau élevé	96,08	79,62	121	1,46
<i>Violence (temps 1)</i>	<i>Présence</i>	<i>100,00</i>	<i>91,09</i>	<i>110</i>	<i>1,64</i>
<i>Violence (temps 2)</i>	<i>Présence</i>	<i>17,65</i>	<i>15,29</i>	<i>115</i>	<i>0,23</i>

Note : *Indice = (% dans le profil / % dans l'échantillon)100. Une valeur supérieure à 120 est considérée importante; une valeur située entre 100 et 120 est considérée une tendance.

**Une valeur supérieure à 1,8 est considérée statistiquement significative.

Caractéristiques du sous-groupe 4

Le Tableau 10 présente les particularités du quatrième sous-groupe (n=21; 13,38 % de l'échantillon total). Un faible niveau de soutien est rapporté par 76,20 % des participants du sous-groupe comparativement à 20,39 % pour ceux de l'échantillon. Il y a par ailleurs un niveau élevé du conflit (57,12 % versus 23,57 %), alors que le réseau de soutien s'avère restreint (0-3 personnes), tel que rapporté par 85,72 % des participants du sous-groupe et par 44,59 % des participants de l'échantillon total. Ces trois caractéristiques obtiennent des indices élevés, ainsi que des valeurs importantes du test de signification, soit entre 3,96 et 1,91, ce qui traduit une stabilité des résultats.

Des valeurs traduisant une tendance sont obtenues sur la base de l'indice par les caractéristiques suivantes : le niveau faible de fonctionnement, la présence de problème d'alcool ou de drogues, la présence du trouble de la personnalité antisociale, ainsi que la présence d'un trouble psychotique. Ces tendances sont notables, plus particulièrement celles du niveau de fonctionnement et du diagnostic de trouble psychotique, car les valeurs du test de signification, bien que non significatives, se rapprochent de la valeur de 1,8 recherchée.

Tableau 10
Caractéristiques du sous-groupe 4 (n=21)

Variable	Catégorie	% dans le sous-groupe	% dans l'échantillon	Indice*	Valeur du test**
Soutien	Niveau faible	76,20	20,39	374	3,96
Conflit	Niveau élevé	57,15	23,57	242	2,17
Réseau	0 à 3 personnes	85,72	44,59	192	1,91
Niveau de fonctionnement	Niveau faible	71,43	40,77	175	1,48
Trouble de la personnalité antisociale	Présence	61,91	43,32	143	0,89
Diagnostic principal	Trouble psychotique	95,24	68,16	140	1,43
Problèmes d'alcool ou de drogues	Présence	85,72	66,88	128	0,99
<i>Violence (temps 1)</i>	<i>Présence</i>	<i>100,00</i>	<i>91,09</i>	<i>110</i>	<i>1,28</i>
<i>Violence (temps 2)</i>	<i>Présence</i>	<i>14,29</i>	<i>15,29</i>	<i>93</i>	<i>0,08</i>

Note : *Indice = (% dans le profil / % dans l'échantillon)100. Une valeur supérieure à 120 est considérée importante; une valeur située entre 100 et 120 est considérée une tendance.

**Une valeur supérieure à 1,8 est considérée statistiquement significative.

Tous les participants du sous-groupe rapportent de la violence au temps 1, comparativement à 91,09 % des participants de l'échantillon total. Par conséquent, le sous-groupe ne se distingue pas significativement de l'échantillon quant à la violence au temps 1, obtenant une valeur du test de signification de 1,28. Cette tendance se maintient au temps 2, démontrée par une valeur du test de signification nettement non significative.

Caractéristiques du sous-groupe 5

Le Tableau 11 décrit le sous-groupe 5 (n=20; 12,74 % de l'échantillon total). La caractéristique principale de ce sous-groupe réside en un faible soutien social hautement conflictuel. Ainsi, un niveau élevé de conflit est rapporté par 80 % des membres du sous-groupe comparativement à 23,57 % des participants de l'échantillon total. De plus, un faible niveau de soutien est signalé par 60 % des participants du sous-groupe, alors que le même niveau de soutien est rapporté par 20,39 % des participants de l'échantillon total. Le diagnostic de trouble de l'humeur distingue ce sous-groupe également, car 75 % des participants en sont atteints par rapport à 31,85 % dans le cas de l'échantillon total. Ces trois caractéristiques, soit le conflit, le soutien et le diagnostic principal obtiennent des valeurs élevées du test de signification, soit entre 3,55 et 2,26.

Tableau 11
Caractéristiques du sous-groupe 5 (n=20)

Variable	Catégorie	% dans le sous- groupe	% dans l'échantillon	Indice*	Valeur du test**
Conflit	Niveau élevé	80,00	23,57	339	3,55
Soutien	Niveau faible	60,00	20,39	294	2,81
Diagnostic principal	Trouble de l'humeur	75,00	31,85	236	2,26
Problèmes d'alcool ou drogues	Présence	90,00	66,88	135	1,19
Réseau	4 personnes et plus	75,00	55,42	135	0,93
<i>Violence (temps 1)</i>	<i>Absence</i>	<i>10,00</i>	<i>8,92</i>	<i>112</i>	<i>0,15</i>
<i>Violence (temps 2)</i>	<i>Présence</i>	<i>30,00</i>	<i>15,29</i>	<i>196</i>	<i>1,32</i>

Note : *Indice = (% dans le profil / % dans l'échantillon)100. Une valeur supérieure à 120 est considérée importante; une valeur située entre 100 et 120 est considérée une tendance.

**Une valeur supérieure à 1,8 est considérée statistiquement significative.

La présence de problèmes d'alcool ou de drogues et un réseau relativement étendu (4 personnes et plus) constituent des caractéristiques notables compte tenu de l'indice de 135 obtenu pour les deux, bien que les valeurs du test de signification ne s'élèvent pas jusqu'au seuil attendu, soit 1,8.

Le sous-groupe présente un niveau de non violence comparable à l'échantillon global au temps 1, alors qu'il s'avère plus violent (30 %) que l'échantillon total (15,29 %) au temps 2; cette dernière caractéristique, violence au temps 2, obtient un indice de 196. Une faible puissance statistique limite la valeur du test de signification, particulièrement dans le cas de la violence manifestée au temps 2.

Afin de résumer les résultats obtenus quant aux cinq profils identifiés, un tableau récapitulatif des caractéristiques statistiquement significatives de chaque sous-groupe est présenté à la page suivante (Tableau 12). Il est souligné que la violence se démarque à un niveau statistiquement significatif seulement dans le sous-groupe 2, par son absence; les participants de ce groupe sont entourés par un réseau relativement étendu de 4 personnes et plus, caractéristique dont la valeur du test est statistiquement significative également.

Tableau 12

*Tableau récapitulatif des caractéristiques statistiquement significatives
des sous-groupes*

Caractéristiques	Sous-groupes					
		1	2	3	4	5
Diagnostic principal	Troubles de l'humeur					•
	Troubles psychotiques					
Problème d'alcool-drogues	Présence			•		
	Absence		•			
Trouble de la personnalité antisociale	Présence			•		
	Absence	•	•			
Niveau de fonctionnement	Niveau bas	•				
	Niveau élevé					
Réseau	0 à 3 personnes				•	
	4 personnes et plus		•			
Soutien	Niveau bas				•	•
	Niveau élevé					
Conflit	Niveau bas			•		
	Niveau élevé				•	•
Violence (temps 1)	Présence					
	Absence		•			
Violence (temps 2)	Présence					
	Absence					

Discussion

Le lien entre le soutien social et le comportement violent n'a pas été démontré de manière ni formelle ni statistiquement significative par la stratégie d'analyse choisie. Toutefois, certaines tendances autorisent la poursuite de travaux sur le lien qui peut exister entre le soutien social et les comportements violents.

Rappelons qu'aux fins de la présente étude, le soutien social a été mesuré selon trois aspects, à savoir l'étendue du réseau de soutien, le soutien perçu par le bénéficiaire et le conflit dans la relation avec les membres du réseau. Les analyses offrent des résultats distincts quant au lien entre les trois différents aspects du soutien social et la violence. Plus spécifiquement, lorsqu'il y a des comportements violents, il y a présence de conflit important dans la relation avec les membres du réseau et le soutien perçu est faible; néanmoins, il peut y avoir une tendance à être bien entouré, à avoir un réseau étendu. À l'opposé, quand le soutien perçu est à un niveau élevé et qu'il est offert par un réseau étendu, sans qu'il y ait conflit, le pronostic est nettement meilleur; ainsi, il peut signifier que le risque de violence est faible ou absent.

La qualité du soutien social (mesurée ici par le soutien social perçu ainsi que par la présence de conflit) clarifie davantage la relation entre le soutien et la violence que l'étendue du réseau. Cette observation corrobore les résultats de Estroff et al. (1998) qui ont également rapporté l'absence de lien significatif entre le nombre de personnes dans

le réseau et le comportement violent, auprès de 169 personnes atteintes de troubles mentaux graves.

Au fond, ces résultats, tout comme le lien entre le conflit et la violence, ne causent aucune surprise parce que, dans certaines circonstances, une relation problématique ou conflictuelle peut entraîner la violence. Ce lien entre l'aspect conflictuel de la relation et la violence est souligné par les résultats de Jahoda et Wanless (2005) et de Elbogen et al. (2005); Elbogen et ses collaborateurs réfèrent toutefois à une violence dirigée plutôt vers des membres de la famille, variable qui n'a pas été retenue aux fins de l'analyse dans la présente étude. Plus particulièrement, le conflit peut provoquer la violence lorsqu'une personne compose avec une double problématique ou avec une problématique multiple et que son mode d'organisation est mal adapté. Par ailleurs, un bon soutien perçu peut agir comme protection contre les effets néfastes de la souffrance et favoriser une bonne santé (Bruwer et al., 2008; House, 1981; Tilden, 1985; Tomberg et al., 2005). Certains auteurs soutiennent même qu'un bon soutien social peut agir comme facteur de protection contre la violence; cet aspect est inclus dans l'échelle HCR-20, au chapitre de la gestion du risque (Webster et al., 1997).

Cependant, un résultat intéressant mais non attendu est celui qui indique qu'il peut y avoir de la violence malgré un réseau étendu de soutien. Il est logique de considérer qu'un réseau social étendu facilite l'adaptation et assure l'aide nécessaire pour traverser les moments difficiles de la vie, y compris lors des rechutes. À ses débuts, le soutien

social était mesuré justement par l'étendue de son réseau et moins par ses qualités intrinsèques. Par conséquent, un réseau étendu signifiait un bon soutien social. Bon nombre d'auteurs (Becker et al., 1997; Cohen et al., 2000) ont ainsi conclu que plus le nombre de personnes faisant partie du réseau est important, plus le patient est soutenu. Les résultats de la présente étude ne soutiennent pas cette conclusion. Ils portent plutôt vers une conclusion qui prend en considération la qualité du soutien accordé par un réseau plus ou moins étendu. S'il y a présence de violence, la qualité du soutien social se traduit par un faible soutien social et par la présence de conflits à un niveau élevé avec les membres du réseau. Il semble qu'un soutien social conflictuel amène à la violence, quelle que soit l'étendue du réseau; toutefois, si le conflit s'intensifie suite à la présence de plusieurs relations conflictuelles à l'intérieur d'un réseau plus étendu, le risque de violence peut s'amplifier.

S'il est vrai que l'étendue du réseau est moins importante pour la présence de la violence dans le cas d'un soutien faible et conflictuel, un aspect intéressant est alors à souligner: une absence de violence est observée chez certains participants ayant un réseau de soutien relativement restreint, fournissant un soutien perçu faible et hautement conflictuel. Comment interpréter ici l'absence de violence? Pour expliquer ce phénomène, le clinicien doit regarder au-delà de la caractéristique de l'étendue du réseau pour adopter une vue holistique de la personne et du portrait clinique du patient. Il constatera que les participants non-violents qui rapportent un soutien faible et conflictuel par un réseau restreint sont atteints d'un trouble psychotique; en même temps, les

participants les plus violents qui jouissent d'un réseau important, mais dont le soutien est perçu comme faible et conflictuel, souffrent principalement de troubles de l'humeur. Une issue importante se dégage ici : est-il possible que les personnes atteintes de troubles psychotiques ne ressentent pas le besoin d'un réseau étendu, compte tenu de la spécificité symptomatologique de la maladie? Swanson et al. (1998) ont justement rapporté le besoin de la personne atteinte de schizophrénie de recevoir un nombre moindre de visites de la part du réseau, et ce nombre réduit a été relié à une diminution de la violence. Dans cette perspective, la pathologie des troubles psychotiques, notamment le repli sur soi et l'isolement social, pourraient même agir comme un facteur de protection contre la violence. Cette observation est soutenue également par Quinsey et al. (2006).

Parallèlement, il est possible de se demander ce qui pourrait pousser les participants atteints de troubles de l'humeur à être plus violents lorsqu'ils perçoivent un soutien faible hautement conflictuel, de la part d'un réseau relativement étendu. L'explication peut se trouver dans la différence entre les besoins des personnes souffrant de troubles de l'humeur et ceux des personnes atteintes de troubles psychotiques. En guise d'exemple : le participant atteint de trouble bipolaire I peut sentir un besoin plus important de stimulation et de présence que celui qui souffre de schizophrénie. De plus, si l'approche du tableau clinique complexe proposé antérieurement est conservée (tableau défini par l'ensemble des facteurs en interaction plutôt que par un indice considéré sur une base singulière), le clinicien observera que la caractéristique du

diagnostic ainsi que les caractéristiques du soutien social peuvent s'associer à d'autres caractéristiques pour expliquer la violence. Notamment, les participants violents atteints de troubles de l'humeur ont tendance à avoir des problèmes d'alcool ou de drogues associés au comportement violent. Cette caractéristique observée ici est corroborée par d'autres études (Brown et al., 2009; Elbogen & Johnson, 2009).

Pour compléter le tableau clinique, une autre caractéristique importante s'associe au profil de tous les participants qui constituent le groupe le moins violent de l'échantillon, soit l'absence du trouble de la personnalité antisociale. Ceci n'est pas surprenant parce que de nombreuses études soulignent le lien entre la violence et la présence du trouble de la personnalité antisociale (Hare & Neumann, 2009; Ogloff, 2006; Rodrigo, Rajapakse & Jayananda, 2010). Il peut être conclu ici que l'absence du trouble de la personnalité antisociale diminue le risque de comportements violents.

En définitive, il est important de souligner que plusieurs tableaux cliniques sont bien construits. Celui qui s'associe le moins avec la présence de comportement violent réunit les caractéristiques suivantes : absence de problèmes d'alcool ou drogues, absence de trouble de la personnalité antisociale, soutien perçu de niveau élevé et conflit de niveau faible. De plus, certaines variations sont possibles en fonction du diagnostic principal. Plus particulièrement, l'absence de violence est notée chez les participants atteints de troubles de l'humeur ayant les caractéristiques mentionnées ici, qui forment un sous-groupe particulier (sous-groupe 2). Par juxtaposition à ce profil de groupe peu

associé à la violence, il y a un autre (sous-groupe 5), toujours atteint de troubles de l'humeur, qui manifeste une certaine propension à la violence. Ce sous-groupe est caractérisé, contrairement au sous-groupe 2, par un soutien faible, des relations hautement conflictuelles et par une tendance à avoir des problèmes d'alcool ou de drogues. Il est important de souligner que les tendances observées chez ces deux sous-groupes atteints de troubles de l'humeur ne se maintiennent pas dans le cas des participants atteints de troubles psychotiques.

Comparé à tout autre sous-groupe identifié, le sous-groupe 5 aide, par ses caractéristiques, à bien saisir la place ou le rôle du soutien social et son lien avec la violence. Même si, statistiquement, ce résultat n'est pas significatif, la tendance à la violence est notable. D'ailleurs, ce sous-groupe inclut presque tous les participants de l'échantillon qui sont violents deux ans après leur libération. Au plan statistique cependant, le résultat obtenu ne se situe pas à un niveau acceptable de signification pour le moment, compte tenu du nombre réduit de participants; néanmoins, il offre des pistes intéressantes. Comme c'est au temps 2 que le comportement violent s'avère le plus nettement marqué, ce sous-groupe se démarque de façon prospective.

Enfin, une dernière caractéristique considérée dans l'analyse, soit le niveau de fonctionnement, ne présente aucun lien statistiquement significatif avec les autres caractéristiques de profil; il n'y a pas non plus d'association suffisamment importante pour parler de tendance. Le niveau de fonctionnement a été considéré tout

particulièrement en raison des résultats importants obtenus par Swanson et al. (1998); ceux-ci ont fait l'objet de recension dans la partie du contexte théorique du présent ouvrage. Notamment, les auteurs avaient rapporté un risque élevé de violence chez les schizophrènes à niveau de fonctionnement faible quand la fréquence de contact social augmente. Cependant, la présente étude n'a pas su démontrer ce lien entre le niveau de fonctionnement et la violence; soulignons que le soutien social a été conceptualisé et mesuré différemment ici.

Les divers tableaux cliniques observés attestent l'existence de modes différents d'organisation en fonction de plusieurs caractéristiques pouvant être également regroupées sous le terme de profil de groupe. En définitive, le tableau clinique, le mode de fonctionnement, le mode d'organisation ou enfin, le profil de groupe, appellent une même interprétation. Ainsi, une seule composante du tableau (par ex. : le soutien social perçu) ne peut pas être détachée du tableau d'ensemble des caractéristiques de groupe et interprétée séparément. Elle peut être comprise seulement dans le contexte du profil et prend tout son sens en fonction de la relation établie avec les autres composantes du profil. Plusieurs auteurs soutiennent la perspective d'une analyse de profils de groupe pour estimer la violence (Dubreucq et al., 2005; Simon & Tardiff, 2008; Swanson et al., 1998; Webster et al., 1997). De ce fait, l'analyse des correspondances multiples, stratégie d'analyse non-linéaire, a été privilégiée dans la présente étude. Son apport original et son utilité particulière réside dans la possibilité de déceler plus précisément

les profils qui s'éloignent le plus de la moyenne échantillonnale; ces profils ne pourraient pas être identifiés à l'aide des analyses linéaires.

Ainsi, la stratégie d'analyse s'est avérée intéressante et prometteuse pour avoir identifié cinq sous-groupes avec leurs cinq modes d'organisation respectifs. Cette stratégie s'agence avec une pensée clinique qui s'appuie sur l'existence d'individus aux modes de fonctionnement différents.

Bien que l'étude de Swanson et al. (1998) soit intéressante, les auteurs favorisent un type d'analyse qui, en premier lieu, ne peut saisir le lien entre la fréquence du contact et la violence. Ce genre d'analyse incluant la corrélation et la régression se base sur une pensée linéaire, puisqu'elle calcule la moyenne des différences entre les valeurs individuelles des variables et la moyenne du groupe. Ainsi, certains liens possibles entre les variables au sein des sous-groupes sont ignorés quand l'analyse réfère à l'échantillon entier. Afin de palier cette imperfection, Magnusson (1998) propose l'analyse basée sur une pensée non-linéaire, par dichotomisation des variables. Selon Farrington et Loeber (2000), la dichotomisation produit des résultats distinctifs faciles à comprendre par tout lecteur.

L'analyse des correspondances multiples a su remplacer ici les analyses linéaires; elle a permis une étude plus approfondie du lien entre le soutien social et le comportement violent, compte tenu des autres caractéristiques des participants. Entre

autres, cette analyse permet de rendre compte des caractéristiques des sujets les plus violents (qui s'écartent le plus de la moyenne), incluant la fréquence du contact social et les symptômes psychopathologiques.

Limites de l'étude

Une première limite réfère à la petite taille de l'échantillon, ce qui pose un problème de puissance statistique et du fait même, de stabilité des résultats. Il est alors impossible de tirer des conclusions définitives à partir de l'échantillon de 176 participants, échantillon divisé en cinq sous-groupes, suite à l'analyse des correspondances multiples. Cependant, certains résultats intéressants et prometteurs en raison de la tendance observée justifient de reprendre et même de faire avancer l'étude pour vérifier l'association entre le soutien social et la violence auprès de personnes souffrant de troubles graves de l'humeur.

Une deuxième limite est liée à une variation réduite de la violence au temps 1. Étant donné que 91 % des participants démontrent une violence à vie, il est difficile de distinguer entre les participants et les sous-groupes au temps 1. Une nouvelle étude incluant d'une façon égale des participants violents et des participants non-violents à vie permettrait de mieux distinguer les sous-groupes.

La troisième limite découle du petit nombre de participants violents au temps 2, deux ans après la première mesure. Encore une fois, la fréquence réduite des participants

violents rend difficile la distinction entre les sous-groupes, cette fois-ci au temps 2. Des études prospectives futures pourraient reconsidérer le délai entre le temps 1 et le temps 2, en augmentant le temps du suivi. Cependant, il est à noter que beaucoup d'autres études (Hodgins, Hiscoke & Freese, 2003; Monahan, 1997; Serin, 1996; Swanson et al., 2000; Tehrani, Brennan, Hodgins & Mednick, 1998) rapportent une faible récurrence également.

Forces de l'étude

Une des forces de l'étude repose sur la représentativité de l'échantillon choisi, soit des participants atteints d'une variété de troubles mentaux et de différentes combinaisons de doubles diagnostics; ces participants proviennent de milieux divers, avec des statuts légaux variés.

Une autre force de l'étude tient à la pertinence de la mesure du soutien social qui distingue, d'une part, le soutien perçu par les participants, d'autre part, l'aspect conflictuel possible du soutien et, enfin, l'étendue du réseau par le nombre de personnes y appartenant. La mesure du soutien rapporté par les participants (et non par les personnes appartenant au réseau ou par le chercheur) offre l'avantage de capter la perception du participant. De plus, les instruments de mesures du soutien et du conflit pour caractériser le soutien apportent une mesure complémentaire à celle qui considère uniquement le nombre de personnes dans le réseau. En guise d'exemple, si la mesure du soutien du sous-groupe 5 était limitée au nombre de personnes dans le réseau, le groupe

semblerait bien entouré par un réseau de 4 personnes et plus. Or, ce soutien accordé par un réseau relativement étendu est de niveau faible, en plus d'être conflictuel. Ainsi, la qualité de la relation prend de l'importance avec la mesure de l'aspect conflictuel possible; il devient alors envisageable de saisir les aspects plus subtiles du soutien social et même de son influence sur le comportement violent. L'utilisation d'une telle mesure complexe est novatrice pour une étude explorant l'association entre le soutien social et la violence.

Enfin, il est certain que la stratégie d'analyse choisie (l'analyse des correspondances multiples) repose sur une méthode peu répandue dans le champ de la psychologie légale. Ainsi, le choix entre une analyse linéaire et une analyse non-linéaire peut donner lieu à des discussions, voire un certain débat à l'intérieur de la communauté scientifique. Certes, il a pu y avoir, à un moment donné, des arguments théoriques ou méthodologiques en faveur de l'une ou l'autre des positions adoptées, ce qui relève parfois du cadre conceptuel sélectionné par le chercheur. Il n'en demeure pas moins que, dans le cadre de l'étude actuelle, l'analyse des correspondances multiples a constitué une contribution positive, donc une force de l'étude. Sous cet angle et pour justifier cette position, l'analyse des correspondances multiples n'est pas uniquement une analyse non-linéaire. Elle est également en mesure de saisir tant la non-linéarité que la linéarité d'un indice. De plus, les résultats de la présente étude montrent qu'il y a un avantage à poursuivre parfois par des analyses basées sur des catégorisations plutôt que sur des données continues (Farrington & Loeber, 2000).

Conclusion

Sans pouvoir offrir des résultats définitifs quant à la relation entre le soutien social et la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves, cette étude a permis d'identifier des indices prometteurs au sujet du soutien social des personnes violentes atteintes de troubles graves de l'humeur. Cependant, malgré qu'aucun lien significatif n'ait été trouvé entre le soutien social et le comportement violent chez les personnes atteintes de troubles psychotiques, un questionnement demeure pertinent, eu égard aux tendances qui se dessinent.

Une attention particulière doit être portée au profil de chacun des sous-groupes dans son ensemble, car le fait d'aborder l'étude par une variable ou une autre ne peut pas en soi démontrer un lien avec la violence ou médiatiser le lien entre le soutien social et la violence. Le profil dans son ensemble permet de tirer des conclusions qui ne pourraient être soutenues lorsque les variables sont considérées individuellement. Ainsi, le lien entre le soutien social et la violence n'est pas applicable à l'échantillon entier, d'où l'importance d'avoir dressé des profils par l'entremise de l'analyse des correspondances multiples. L'approche novatrice de cette analyse a permis également de dresser des profils uniques de fonctionnement; elle permet de distinguer les trois aspects du soutien social - le soutien perçu, le conflit dans le cadre du réseau de soutien et l'étendue du réseau - et leur relation particulière avec la violence selon le diagnostic principal, la présence de problèmes d'alcool ou de drogues et celle du trouble de la

personnalité antisociale. Pour ce faire, il importe de considérer les profils qui permettent de mieux souligner la contribution des variables et les diverses qualités du soutien social; ces liens particuliers ne pourraient pas être identifiés à l'aide d'une analyse globale de l'échantillon, par des moyens traditionnels.

La pertinence de l'identification des profils à l'aide de cette analyse des correspondances multiples est démontrée; il en résulte qu'une pareille stratégie d'analyse pourrait bénéficier à tout ce qui touche l'évaluation du risque de violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Les profils favorisent une meilleure identification des besoins dans leur complexité, sans pour autant définir le type d'intervention à privilégier. Néanmoins, la stratégie d'analyse permet d'identifier les divers aspects ou facteurs en interaction pour un sous-groupe d'individus donné, fournissant dès lors, des cibles d'intervention.

Références

- American Psychiatric Association (2011). DSM-V: The Future Manual. Document consulté le 1^{er} avril 2011 de <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV.aspx>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 566-572.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Barrera, M., Jr., Rappaport, J., & Seidman, E. (2000). *Social support research in community psychology*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Barrera, M., Sandler, I.N., & Ramsay, T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- Barry, M.M., & Zissi, A. (1997). Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: A review of the empirical evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 38-47.
- Becker, T., Thornicroft, G., Leese, M., & McCrone, P. (1997). Social networks and service use among representative cases of psychosis in South London. *British Journal of Psychiatry*, 171, 15-19.
- Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, 67-77.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.
- Bowlby, J. (1969). Disruption of affectional bonds and its effects on behavior. *Canada's Mental Health Supplement*, 59, 12-33.
- Brown, E.S., Carmody, T.J., Schmitz, J.M., Caetano, R., Adinoff, B., Swann, A.C., et al. (2009). A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study of naltrexone

in outpatients with bipolar disorder and alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33, 1863-1869.

Brown, G.W., & Harris, T. (1978). Social origins of depression: A reply. *Psychological Medicine*, 8, 577-588.

Brugha, T.S. (2007). *Social Support and Psychiatric Disorder: research findings and guidelines for clinical practice*. Cambridge: Cambridge University Press 1995, reprint 2007.

Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 195-201.

Buchkremer, G., Stricker, K., Holle, R., & Kuhs, H. (1991). The predictability of relapses in schizophrenic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 240, 292-300.

Calsyn, R.J., & Morse, G.A. (1991). Correlates of problem drinking among homeless men. *Hospital & Community Psychiatry*, 42, 721-725.

Clausen, S.E. (1998). *Applied correspondence analysis: an introduction*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.

Cohen, S., Gottlieb, B.H. & Underwood, L.G. (2000). Social relationships and health. Dans S. Cohen, L.G. Underwood, & B.H. Gottlieb, (Éds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-28). New York: Oxford University Press.

Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. Dans A. Baum, J.E. Singer & S.E. Taylor (Éds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 253-267). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. & Hoberman, H.M. (1985). Measuring the functional components of social support. Dans I.G. Sarason & B.R. Sarason (Éds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 73-94). The Hague: Martinus Nijhoff.

- Cohen, S., & Syme, S.L. (1985a). *Social support and health*. San Diego, CA: Academic Press.
- Cohen, S., Underwood, L.G., & Gottlieb, B.H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Côté, G. (2001). Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents. *Criminologie*, 34, 31-45.
- Côté, G., & Hodgins, S. (1990). Co-occurring mental disorder among criminal offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 18, 271-281.
- Côté, G., & Hodgins, S. (1992). The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 89-99.
- Côté, G., Lesage, A., Chawky, N., & Loyer, M. (1997). Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. A case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 170, 571-577.
- Douglas, K.S., Guy, L.S., & Hart, S.D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135, 679-706.
- Dubreucq, J.L., Joyal, C., & Millaud, F. (2005). Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales médico-psychologiques*, 163, 852-865.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide : Étude de sociologie*. Paris : PUF.
- Elbogen, E.B., & Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 66, 152-161.
- Elbogen, E.B., Swanson, J.W., Swartz, M.S., & Van Dorn, R. (2005). Family representative payeeship and violence risk in severe mental illness. *Law and Human Behavior*, 29, 563-574.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.

- Eronen, M., Hakola, P., & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497-501.
- Estroff, S.E., Swanson, J.W., Lachicotte, W.S., Swartz, M., & Bolduc, M. (1998). Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 Suppl 1, S95-101.
- Estroff, S.E., & Zimmer, C. (1994). Social networks, social support, and violence among persons with severe, persistent mental illness. Dans J. Monahan & H.J. Steadman (Éds), *Violence and mental disorder: developments in risk assessment* (p. 259-295). Chicago: University of Chicago Press.
- Estroff, S.E., Zimmer, C., Lachicotte, W.S., & Benoit, J. (1994). The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 669-679.
- Evans, C., & Malesu, R.R. (2001). Homicide in Barbados: An 18-year review. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 182-193.
- Farrington, D.P., & Loeber, R. (2000). Some benefits of dichotomization in psychiatric and criminological research. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 10, 100-122.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.V. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders: clinical version*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Frohlich, K.L., & Fournier, L. (1997). Psychometric properties of the Interpersonal Relationship Inventory with a homeless sample. *Psychological Reports*, 80, 883-898.
- Gottlieb, B.H. (1983). Social support as a focus for integrative research in psychology. *American Psychologist*, 38, 278-287.
- Greenacre, M.J., & Blasius, J. (2006). *Multiple correspondence analysis and related methods*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall.
- Haber, M.G., Cohen, J.L., Lucas, T., & Baltes, B.B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39, 133-144.
- Hare, R.D., & Neumann, C.S. (2009). Psychopathy: Assessment and forensic implications. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 791-802.

- Heitzman, C.A., & Kaplan, R.M. (1988). Assessment of Methods for Measuring Social Support. *Health Psychology, 7*, 75-109.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry, 49*, 476-483.
- Hodgins, S. (1998). Epidemiologic investigations of the associations between major mental disorders and crime: Methodological limitations and validity of the conclusions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, s29-s37.
- Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crime: stop debating and start treating and preventing. *International Journal of Law and Psychiatry, 24*, 427-446.
- Hodgins, S., Bergman, L.R., Cairns, R.B., Nilsson, L.-G.R., & Nystedt, L. (2000). *Studying the etiology of crime and violence among persons with major mental disorders: Challenges in the definition and the measurement of interactions*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Hodgins, S., & Côté, G. (1991). The mental health of penitentiary inmates in isolation. *Canadian Journal of Criminology, 33*, 175-182.
- Hodgins, S., Hiscoke, U.L., & Freese, R. (2003). The Antecedents of Aggressive Behavior Among Men with Schizophrenia: A Prospective Investigation of Patients in Community Treatment. *Behavioral Sciences & the Law, 21*, 523-546.
- Hodgins, S., Mednick, S.A., Brennan, P.A., Schulsinger, F., & Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry, 53*, 489-496.
- House, J.S. (1981). *Work, stress and social support*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- House, J.S., Kahn, R.L., McLeod, J.D., Williams, D., Cohen, S., & Syme, S.L. (1985). *Measures and concepts of social support*. San Diego, CA: Academic Press.
- House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science, 24*, 540-545.
- Howard, R.C., Huband, N., Duggan, C., & Mannion, A. (2008). Exploring the link between personality disorders and criminality in a community sample. *Journal of Personality Disorders, 22*, 589-603.

- Jacoby, J.E., & Kozie-Peak, B. (1997). The benefits of social support for mentally ill offenders: prison-to-community transitions. *Behavioral Sciences and the Law*, 15, 483-501.
- Jahoda, A., & Wanless, L.K. (2005). Knowing you: The interpersonal perceptions of staff towards aggressive individuals with mild to moderate intellectual disabilities in situations of conflict. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 544-551.
- Joyal, C.C., Côté, G., Meloche, J., & Hodgins, S. (2011). Severe mental illness and aggressive behavior: on the importance of considering subgroups. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 107-117.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15, 47-58.
- Koh, K.G.W.W., Peng, G.K., Huak, C.Y., & Koh, K.W.B. (2005). Are homicide offenders psychiatrically different from other violent offenders? *Psychiatry, Psychology and Law*, 12, 311-318.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A., & Lozano-Ascencio, R. (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. OMS: Genève. Document consulté le 22 février 2011 de http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_chap1_fre.pdf.
- Lin, N., & Dean, A. (1984). Social support and depression: A panel study. *Social Psychiatry*, 19, 83-91.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W.M. (1986). *Social Support, Life Events and Depression*. New York: Academic Press.
- Link, B.G., Andrews, H., & Cullen, F.T. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, 57, 275-292.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Frank, J., & Wozniak, J.F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92, 1461-1500.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.

- Magnusson, D. (1998). The logic and implications of a person oriented approach. Dans R.B. Cairns, L.R.B., Bergman, L.R. & Kagan, J. (Éds.). *Methods and models for studying the individual* (pp. 33-64). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press.
- Martin, S.E., & Bryant, K. (2001). Gender differences in the association of alcohol intoxication and illicit drug abuse among persons arrested for violent and property offenses. *Journal of Substance Abuse*, 13, 563-581.
- McNally, S.T., & Newman, S. (1999). Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 309-314.
- Modestin, J., & Ammann, R. (1996). Mental disorder and criminality: Male schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 69-82.
- Modestin, J., Hug, A., & Ammann, R. (1997). Criminal behavior in males with affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 42, 29-38.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. *American Psychologist*, 47, 511-521.
- Monahan, J. (1997). Major mental disorders and violence to others. Dans D. Stoff, M., J. Breiling, & J. D. Maser (Éds). *Handbook of antisocial behavior*, (p. 92-100). Hoboken, NJ: Wiley.
- Monahan, J. (2008). Structured risk assessment of violence. Dans R.I. Simon, & K.A. Tardiff (Éds). *Textbook of violence assessment and management*, (pp. 17-33). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Monahan, J., Pinard, G.-F., & Pagani, L. (2001). *Major mental disorder and violence: Epidemiology and risk assessment*. New York: Cambridge University Press.
- Monahan, J., & Steadman, H.J. (1994). *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P., Clark Robbins, P., Mulvey, E. P., et al. (2001). *Rethinking risk assessment: The McArthur study of mental disorders and violence*. New York: Oxford University Press.
- Mulvey, E.P. (1994). Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hospital & Community Psychiatry*, 45, 663-668.

- Ogloff, J.R.P. (2006). Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 519-528.
- Pattison, E.M. (1975). The behavioral sciences in medical education. *Journal of Operational Psychiatry*, 6, 113-122.
- Pearson, J.E. (1986). The definition and measurement of social support. *Journal of Counseling & Development*, 64, 390-395.
- Petties, M.A. (2003). *Violence risk assessment of the mentally ill: Historical precedent, research and implications of dynamic factors*. ProQuest Information & Learning, US.
- Phelan, J.C., & Link, B.G. (1998). The growing belief that people with mental illnesses are violent: The role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(Suppl 1), S7-S12.
- Putkonen, A., Kotilainen, I., Joyal, C.C., & Tiihonen, J. (2004). Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 59-72.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rao, H., Luty, J., & Trathen, B. (2007). Characteristics of patients who are violent to staff and towards other people from a community mental health service in South East England. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 753-757.
- Rodrigo, C., Rajapakse, S., & Jayananda, G. (2010). The 'antisocial' person: An insight in to biology, classification and current evidence on treatment. *Annals of General Psychiatry*, 9, 1-12.
- Rook, K. (1984). The negative side of social interaction: Impact on well-being. *Journal of Social Psychology*, 46, 1097-1108.
- Sandler, I.N., & Barrera, M. (1984). Toward a multimethod approach to assessing the effects of social support. *American Journal of Community Psychology*, 12, 37-52.

- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Schanda, H., Knecht, G., Schreinzer, D., Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., & Waldhoer, T. (2004). Homicide and major mental disorders: A 25-year study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 98-107.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and Health*, 3, 1-15.
- Serin, R.C. (1996). Violent recidivism in criminal psychopaths. *Law and Human Behavior*, 20, 207-217.
- Shaw, J., Hunt, I.M., Flynn, S., Meehan, J., Robinson, J., Bickley, H., et al. (2006). Rates of mental disorder in people convicted of homicide: National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 188, 143-147.
- Silver, E. (2006). Understanding the Relationship between Mental Disorder and Violence: The Need for a Criminological Perspective. *Law and Human Behavior*, 30, 685-706.
- Silver, E., Felson, R.B., & Vaneseltine, M. (2008). The relationship between mental health problems and violence among criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 405-426.
- Simon, R.I., & Tardiff, K. (2008). *Textbook of violence assessment and management*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Solomon, P.L., Cavanaugh, M.M., & Gelles, R.J. (2005). Family violence among adults with severe mental illness. A neglected area of research. *Trauma, Violence and Abuse*, 6, 40-54.
- Statistics Canada. (2008). Health Indicators. *Catalog no. 82-221-X*. Document consulté le 7 avril 2011 de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/82-221-x2008001-eng.pdf>
- Statistique Canada. (2010). Police reported crime statistics. *The Daily*. Document consulté le 7 avril 2011 de <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100720/dq100720a-eng.htm>
- Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P.S., Grisso, T., et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient

- facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- Stueve, A., & Link, B.G. (1997). Violence and psychiatric disorders: Results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly*, 68, 327-342.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Borum, R., Hiday, V.A., Wagner, H.R., & Burns, B.J. (2000). Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176, 324-331.
- Swanson, J., Swartz, M., Estroff, S., Borum, R., Wagner, R., & Hiday, V. (1998). Psychiatric impairment, social contact, and violent behavior: evidence from a study of outpatient-committed persons with severe mental disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 Suppl 1, S86-94.
- Tardy, C.H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202.
- Tehrani, J.A., Brennan, P.A., Hodgins, S., & Mednick, S.A. (1998). Mental illness and criminal violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(Suppl 1), S81-S85.
- Ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R., & Ormel, J. (2002). Combined effect of mental disorder and low social support on care service for mental health problems in the Dutch general population. *Psychological Medicine*, 32, 311-323.
- Teplin, L.A. (1985). The criminality of the mentally ill: A dangerous misconception. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 593-599.
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P., Koiranen, M., & Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1996 Northern Finland Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry*, 154, 840-845.
- Tilden, V. (1985). Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. *Research in Nursing and Health*, 8, 199-206.
- Tilden, V.P., Nelson, C.A., & May, B.A. (1990). The IPR inventory: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 39, 337-343.
- Tomberg, T., Toomela, A., Pulver, A., & Tikk, A. (2005). Coping strategies, social support, life orientation and health-related quality of life following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 19, 1181-1190.

- Tousignant, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Paris : PUF.
- Townsend, M. (2010). *Soins infirmiers – Psychiatrie et santé mentale*. 2^e édition. Saint-Laurent, Québec : ERPI.
- Volavka, J., Laska, E., Baker, S., & Meisner, M. (1997). History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on determinants of outcome of severe mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 171, 9-14.
- Wasylenki, D., James, S., Clark, C., & Lewis, J. (1992). Clinical issues in social network therapy for clients with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 28, 427-440.
- Watzke, S., Ullrich, S., & Marneros, A. (2006). Gender-and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 414-421.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., Hart, S.D. (1997). *Assessing risk of violence to others*. New York: Guilford.
- Winemiller, D.R., Mitchell, M.E., Sutliff, J., & Cline, D.J. (1993). Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 638-648.
- Woodward, M., Nursten, J., Williams, P., & Badger, D. (2000). Mental disorder and homicide: A review of epidemiological research. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9, 171-189.